

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 2

Полтава
ТОВ "Фірма "Техсервіс"
2015

УДК 34
ББК 67.300.02
Т34

Редакційна колегія:

Гетьман Анатолій Павлович – д.ю.н., проф., академік НАПрНУ, проректор 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.

Т34 «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. 2. / НІОУ ім. Я. Мудрого; [редкол.: Гетьман А.П., А.П., Лисак В.П., Гуторова Н.О. та ін.]. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2015. – 597 с.

ISBN 978-617-7038-33-6

ISBN 978-617-7038-35-0

До збірника увійшли матеріали науково-практичної конференції студентів Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (далі – НІОУ ім. Я. Мудрого), Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (далі – ПІОІ НІОУ ім. Я. Мудрого), а також студентів інших вищих навчальних закладів, що висвітлюють окремі питання 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 978-617-7038-35-0

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

СЕКЦІЯ №1

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ

*Анзель А.В.,
студент 44 групи
ПНУ НІУВ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПИТАННЯ ПРО ВІЙСОВО-МЕДИЧНУ ДОКТРИНУ УКРАЇНИ

Події, що відбуваються на сході України, поставили нові виклики для нашої держави, знову зробили актуальними питання щодо формування системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у період ведення воєнних дій. В ході проведення антитерористичної операції для медичного забезпечення військовослужбовців були залучені наявні сили та засоби медичних служб військових формувань, а також окремі цивільні заклади охорони здоров'я. З великими труднощами в зоні АТО була створена й запрацювала система надання медичної допомоги пораненим та їх евакуації для подальшого лікування в спеціалізовані заклади охорони здоров'я, проте своєчасність і якість медичних заходів не задовольняють ані самих поранених, ані керівництво Міністерства оборони України й держави.

Основними причинами проблем з медичним забезпеченням у зоні АТО стали брак необхідних сил і засобів, а також відсутність взаємодії та узгодженості в діях медичних служб різних військових формувань та системи цивільної охорони здоров'я. Це, в свою чергу, зумовлено відсутністю єдиного документа державного рівня, який би однозначно визначив напрямки формування і розвитку системи охорони здоров'я в умовах ведення воєнних дій.

На теоретичному, політичному, а у зв'язку з подіями на сході країни, і державному рівні обґрунтовується необхідність прийняття в Україні єдиного нормативно-правового акта, який став би основою для розробки інших нормативних актів щодо медичного забезпечення військ і цивільного населення в умовах бойових дій. Таким документом має стати Закон «про воєнно-медичну доктрину України». Воєнно-медична доктрина України – це сукупність поглядів, науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог до організації медичного забезпечення Збройних сил України, інших військових формувань і цивільного населення у воєнний час та під час надзвичайних ситуацій. Метою Воєнно-медичної доктрина України має бути об'єднання зусиль та забезпечення взаємодії медичних служб ЗСУ, інших військових формувань, а також цивільної охорони здоров'я для досягнення максимальної ефективності їх діяльності щодо медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у воєнний час [2, 19].

На думку науковців, зокрема, Бадюк М. І., воєнно-медичною доктриною України мають бути визначені шляхи досягнення мети, які забезпечуються виконанням таких завдань: формування та впровадження єдиних підходів до збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, організації та надання медичної допомоги й лікування їх у разі поранень, травм і захворювань, якнайшвидшого відновлення боєздатності та працездатності; організація взаємодії та поєднання зусиль медичних служб ЗСУ та інших військових формувань, цивільної системи охорони

здоров'я для медичного забезпечення військ і цивільного населення у военний час; забезпечення постійної готовності сил і засобів військової та цивільної системи охорони здоров'я до застосування за призначенням [1, с. 184].

На сьогодні різними науковцями, політиками, організаціями та органами влади пропонуються для розгляду певні проекти Військово-медичної доктрини України. Для прикладу можна назвати Проект Військово-медичної доктрини України, підготовлений Головою комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я Ольгою Богомолець, Проект Військово-медичної доктрини України, підготовлений Міністерством оборони на виконання Указу Президента України від 14 листопада 2014 року «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 листопада 2014 року «Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки», та інші. Однак, далі публічних обговорень та проведення слухань у Верховній Раді України питання про прийняття в Україні такого нормативно-правового акта не зайшло.

Можна зробити висновок, що Військово-медична доктрина України, затверджена як єдиний нормативно-правовий акт, дасть можливість вирішити багато важливих питань у сфері забезпечення охорони здоров'я військовослужбовців та цивільного населення в період воєнних дій, що надзвичайно актуально і важливо в сучасних умовах. Зокрема, Доктрина запровадить єдині підходи до організації надання медичної допомоги, лікування та реабілітації військовослужбовців та цивільного населення; стане основою для впорядкування відомчих керівних документів з питань медичного забезпечення; дозволить створити необхідну структуру та комплект засобів медичних служб, покращити їх матеріально-технічне оснащення, забезпечити мобілізаційну потребу в людських та матеріально-технічних ресурсах, оптимізувати терміни готовності до виконання завдань за призначенням тощо. Отже, Військово-медична доктрина є необхідним документом і має бути прийнята найближчим часом.

Література:

1. Бадюк М.І. Українська військова медицина: сучасний етап / М.І. Бадюк // Наука і практика – №1, -2013. – С. 180 – 189
2. Білий В. Я., Пасько В. В., Сохін О. О. Військов-медична доктрина / В/Я. Білий, В. В. Пасько, О. О. Сохін // Наука і оборона. – 2000. – № 4. – С. 18–23.

*Антоненко Т.О.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ: ДОСВІД КРАЇН ЄС

Останні роки досить актуальною є проблема медичного забезпечення в Україні, а в першу чергу це стосується забезпечення громадян лікарськими засобами. Так як в нашій державі цінова політика більшою мірою знаходиться на низькому рівні контролю, то ця проблема є темою дослідження багатьох науковців науковці. Особливо актуальним є її аналіз у порівнянні з досвідом країн Європейського Союзу. Адже міжнародний досвід свідчить про важливість регулювання цін на лікарські засоби передусім через нагальну необхідність забезпечити доступність ліків для населення. Разом з тим, не існує єдиного підходу до такого регулювання. Водночас можна визначити основні підходи до регулювання, як визначення фіксованих або базових цін, регулювання прибутку. Крім того, ряд країн запроваджує ціноутворення на

основі ефективності лікарських засобів. Часто країни використовують більше, ніж один метод регулювання.

Серед науковців, які приділяють особливу увагу дослідженню проблеми державного контролю за ціноутворення на лікарські засоби, В.М. Пашков, А.В. Беліченко, Є.Г. Книш, Н.І. Сінча, Г.П. Суковий, Н.М. Кисіль та інші.

Світова практика також підтверджує, що державне регулювання ціноутворення на лікарські засоби існує у всіх країнах, а суть та форми державного впливу на процеси ціноутворення залежать від стану економічного та соціального розвитку країни. Це може відбуватися шляхом встановлення: граничного рівня торговельних надбавок; фіксованого розміру торговельних надбавок; диференційованого рівня торговельних надбавок. Крім того, державне регулювання цін на фармацевтичну продукцію відбувається шляхом: включення лікарських засобів до переліку препаратів, що відпускаються безкоштовно або зі знижками; встановлення опорних цін; обмеження ціни на новий препарат граничною надбавкою, до вартості існуючого аналога; встановлення цін на лікарські засоби на базі співвідношення цін в інших країнах; шляхом переговорів уповноважених органів державного управління та виробників про розміри цін та заплановані доходи; регулювання розміру прибутків виробників лікарських засобів [1, с. 146].

Країни ЄС часто використовують більше одного методу регулювання цін. Так, Німеччина і Данія при вільному ціноутворенні на нові препарати запровадили встановлення базових цін на непатентовані лікарські препарати, які вже є на ринку. В Бельгії, Греції, Італії та Португалії до патентованих та непатентованих лікарських препаратів застосовується однакова схема ціноутворення, тоді як препарати аналоги будуть продаватися за ціною нижчою, ніж ціна оригінальної марки. У Франції, де аптеки при лікарнях відповідають за підписання контрактів на закупівлю ліків, ринок лікарських препаратів для лікарень регулюється окремо. У Фінляндії, Швеції та Франції вартість певного переліку ліків відшкодовується системою обов'язкового медичного страхування, тоді як ціни на решту лікарських засобів встановлюються ринком [2].

В Україні державне регулювання цін на лікарські засоби встановлено законом України «Про ціни і ціноутворення», постанова Кабінету Міністрів України Про деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, постанова Кабінету Міністрів України «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення».

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України Про деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення встановлено, що на лікарські засоби і вироби медичного призначення, включені до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення (крім наркотичних, психотропних лікарських засобів, прекурсорів та медичних газів) та обов'язкового мінімального асортименту (соціально орієнтованих) лікарських засобів і виробів медичного призначення для аптечних закладів, визначеного Міністерством охорони здоров'я, граничні постачальницько-збутові надбавки не вище ніж 10 відсотків, що нараховуються до оптово-відпускної ціни з урахуванням податків та зборів, а граничні торговельні (роздрібні) надбавки не вище ніж 25 відсотків, що нараховуються до закупівельної ціни з урахуванням податків; на лікарські засоби (крім наркотичних, психотропних лікарських засобів, прекурсорів та медичних газів) і вироби медичного призначення, оптово-відпускні ціни на які вне-

сені до реєстру оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробі медичного призначення, які придбаваються повністю або частково за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, граничні постачальницько-збутові надбавки не вище ніж 10 відсотків, що нараховуються до задекларованої зміни оптово-відпускної ціни з урахуванням податків та зборів, а граничні торговельні (роздрібні) надбавки не вище ніж 10 відсотків, що нараховуються до закупівельної ціни з урахуванням податків. При цьому фактичний розмір оптово-відпускної ціни на кожен лікарський форму, дозування, споживчу упаковку лікарського засобу, усі типи, види, марки виробів медичного призначення не повинен перевищувати розміру внесеної до зазначеного реєстру оптово-відпускної ціни у гривні[3, Ст.906]. Тут ми бачимо, що в державі встановлені граничні надбавки. А в Законі України «Про ціни і ціноутворення» вживаються такі поняття як «гранично ціна» та «фіксована ціна». Ми бачимо, що законодавство не орієнтоване на інтереси покупця, порівняно з країнами ЄС.

Отже, прослідковується тенденція підвищення забезпеченості населення лікарськими засобами, але за свій рахунок, та з безмежно високими цінами. Державний контроль на даному етапі залишається низьким. Якщо слідувати європейським канонам, то в нашій державі слід запроваджувати європейський досвід у використанні реєстрації цін, компенсацію вартості лікарських засобів. Це все буде сприяти у належному доступі населення до лікарських засобів та зниження цін на них.

Література:

1. В. М. Пашков Особливості цінової політики держави щодо продукції фармацевтичного виробництва // Вісник. – 2012. – № 3 (70). – Ст.146-157.

2. Коссе І., Бетлій О. Регулювання цін на лікарські засоби в країнах ЄС// [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_Briefing_Series/2012/Policy_brief_HC2.pdf.

Арабчук А.І.,

студент 45 групи

ПІУ НІУУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНИЙ ОМБУДСМАН:

СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Інститут омбудсмана покликаний забезпечити належний захист прав і свобод людини та громадянина у всіх сферах життя, проте розвиток суспільства вказує на необхідність спеціалізації уповноважених з прав людини. Цим шляхом пішли багато розвинутих демократій (США, Велика Британія, та ін.) Зміст діяльності спеціалізованих омбудсманів полягає у здійсненні контрольно-наглядових та правозахисних функцій у певній сфері або в межах певної соціальної групи. З цього випливає необхідність теоретичного дослідження інституту медичного омбудсмана через призму його практичного впровадження до правової системи України.

На думку деяких науковців, одним з методів вдосконалення існуючого в Україні інституту Уповноваженого з прав людини, є створення служби представників омбудсмана, які б діяли в окремих сферах, в тому числі в медичній. Створення посад спеціалізованих омбудсманів ні в якому разі не нівелює значення Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, а дозволить зробити більш продуктивною співпрацю Уповноваженого та відповідних омбудсманів з громадським суспільством, сприятиме реальному правовому захисту незахищених верств.

Незважаючи на позитивний досвід функціонування інституту спеціалізованих омбудсманів у світі, зокрема у Великій Британії, їх впровадження в Україні не по-

винно стати наслідком переписування відповідних зарубіжних норм та копіювання існуючих моделей. Специфіка правового статусу Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, механізм державної влади, чинна національна правова система і, особливо український менталітет, мають стати вихідними положеннями, які вплинуть на сутність нового для України інституту [1, с. 15].

Вперше, ще у 1973 році, у Великій Британії було впроваджено посаду медичного омбудсмана. До його завдань було віднесено розгляд та вирішення скарг громадян на роботу служби національної охорони здоров'я. Такі скарги спочатку подавалися спеціалізованим державним органам, а в разі незадоволення скаржника їх мав розслідувати омбудсман з питань охорони здоров'я.

На розгляд омбудсмана виносилися скарги на діяльність або бездіяльність органів охорони здоров'я, наприклад, погане харчування, грубе поводження персоналу, недосконале або несправне обладнання тощо. Що стосується скарг на неналежну діагностику, курс лікування або клінічного обслуговування, то вони надходили до омбудсмана з питань здоров'я встановлення факту «поганого управління».

Впровадження такого спеціалізованого інституту мало наслідком значне покращення контролю за медичними установами країни, зменшила кількість скарг на них та сприяло вдосконаленню їх роботи. На сьогоднішній день території Англії, Уельсу та Шотландії, а також у США ефективно діють аналогічні омбудсмани [2].

Зміст діяльності медичного омбудсмана, їх підзвітність та сфера повноважень у деяких штатах Америки суттєво відрізняються, так в деяких штатах такі омбудсмани підзвітні губернатору, в інших - службі у справах людей похилого віку, або навіть спеціальним благодійним організаціям.

Деякі клініки та установи охорони здоров'я запрошують відомчих омбудсманів для вирішення відповідних скарг громадян, проте практика засвідчила, що такі омбудсмани занадто пов'язані зі своїми установами, а тому не можуть ухвалювати об'єктивні та незалежні рішення.

В суспільно-правових реаліях України, медичного омбудсмана слід наділити імперативними повноваженнями та передбачити сувору та неминучу відповідальність за невиконання або неналежне виконання приписів Уповноваженого з питань охорони здоров'я або його представників у регіонах [3, с. 212].

Слід звернути увагу, що Україна має досвід у впровадженні спеціалізованого омбудсмана. Так 11 серпня 2011 року було запроваджено посаду Уповноваженого Президента України з прав дитини, який покликаний забезпечити належний захист прав дитини, з урахуванням міжнародних зобов'язань у цій сфері.

Таким чином, збільшення продуктивності та ефективності правового захисту пацієнтів вимагає спеціалізації омбудсманів [4, с. 195]. Медичний омбудсман має стати незалежною посадовою особою, яка отримує скарги та зауваження на дії закладів охорони здоров'я, якими порушено права і свободи людини та громадянина. Впровадження інституту Уповноваженого з питань охорони здоров'я в Україні вимагає врахування специфіки правового статусу Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, вітчизняного механізму державної влади та чинної національної правової системи.

Література:

1. Майданник О.О. Інститут омбудсмана в механізмі забезпечення прав людини в Україні // Адвокат. – 2010. - № 7. – С. 12-16

2. Пономарьова О.П. Інститут спеціалізованого омбудсмана // Право і Безпека Науковий журнал – № 3 (40) – 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe

3. Наулік Н.С. Інститут медичного омбудсмана в Україні: запровадження та перспективи розвитку // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17–18.04.2008, м. Львів. – С. 210-212.

4. Кузьма Т. М. Інститут омбудсмана: процес становлення і сутність // Слов'янський вісник. – Рівне, 2011. – Вип. 11: Серія: Історичні та політичні науки. – С.193–197.

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

Арабчук А.І.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СТАНДАРТИЗАЦІЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ

Протягом багатьох років і по сьогодні болючим питанням українського суспільства є визначення якості медичних послуг, що надаються населенню. При цьому, оцінка якості таких послуг ускладнюється відсутністю як такого уречевленого результату, який би виступав базою для проведення різного роду оцінок.

"Якість медичної послуги" – одне з тих понять, яке тривалий час не знаходило свого закріплення в законодавстві України. Єдиним законодавчим актом, який було прийнято дещо запізно є Наказ МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 року. На разі це єдиний нормативний акт, що визначає поняття якості медичної допомоги та формулює його так – це належне, згідно зі стандартами та протоколами медичної допомоги, проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятими з точки зору коштів, що використовуються, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність. Таким чином, стандарти є важливим критерієм для оцінки медичних послуг з точки зору їх якості.

Згідно зі ст. 14-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, до системи стандартів у сфері охорони здоров'я відносяться державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. ЗУ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» є джерелом державних соціальних нормативів. Галузевими стандартами є: стандарти з медичної допомоги, як сукупність встановлених нормативів і правил, а також певні показники з якості надання населенню медичної допомоги певного виду, що розробляються відповідно до сучасного рівня досягнутого медичною теорією та практикою; клінічний протокол, тобто уніфікований акт, про вимоги до відповідних діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та певна їх послідовність; таблиць матеріально-технічного оснащення, що визначає належний перелік обладнання, устаткування та засобів для різних типів медичних закладів; лікарський формуляр, тобто список лікарських засобів, що пройшли реєстрацію в Україні.

Питання розробки та затвердження галузевих стандартів у медичній галузі входить до компетенції МОЗ України.

Усі існуючі (державні, комунальні та приватні) заклади з охорони здоров'я мають неухильно дотримуватися встановлених стандартів, клінічних протоколів, а також табелів матеріально-технічного оснащення. Фізичні особи – підприємці, що провадять свою господарську діяльність з метою надання медичних послуг (медична практика) у тій же мірі зобов'язані дотримуватися вказаних стандартів.

ЗУ «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії», визначає державні соціальні стандарти як встановлені чинними нормативно-правовими актами певні соціальні норми і нормативи, а також їх комплекси, на базі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій. Єдиним базовим соціальним стандартом, визначеним у вказаному законі є прожитковий мінімум, що виступає базисом на ґрунті якого мають визначатися державні соціальні гарантії та стандарти у різних сферах та галузях життєдіяльності людини, у тому числі і в медичній.

Така ситуація не дає відповіді на питання, що ж, окрім прожиткового мінімуму, слід віднести до стандартів. При цьому, всі показники, що згадуються у законі, розглядаються як державні соціальні гарантії або ж як соціальні нормативи [1, с. 35].

На виконання Закону прийнята велика кількість підзаконних актів МОЗ, наприклад, Наказ від 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», Наказ від 10.01.2005 № 9 «Про затвердження Протоколів лікування дітей за спеціальністю «Педіатрія». Але вказані акти містять по суті галузеві стандарти які відповідно до ст. 14-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, не відносяться до соціальних нормативів. Тому на законодавчому рівні слід чітко розмежувати поняття галузевих стандартів та державних соціальних нормативів.

Недоліком українського законодавства також є те, що в ньому що в не закріплено право професійних медичних асоціацій брати участь в розробці та затвердженні професійних стандартів медичної діяльності.

Як закріплено у Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, пріоритетне значення для управління якістю надання медичних послуг має саме стандартизація. Саме стандартизація має стати засобо, що дозволить досягнути належного рівня упорядкованості охорони здоров'я в Україні. При цьому, важливим є розробка і закріплення вимог, норм, правил, характеристик продукції, технологій здійснення роботи послуг з надання медичної допомоги.

Стандартизація досліджуваної галузі має охопити усі складові медичного обслуговування, такі як медичні та фармацевтичні послуги, не оминаючи увагою технології виконання медичних та фармацевтичних послуг, а також технічне забезпечення для належного виконання медичних та фармацевтичних послуг. Об'єктом стандартизації обов'язково має стати кваліфікація медичного персоналу, а також фармацевтичних та інших допоміжного працівників, різні економічні аспекти охорони здоров'я; розробка, апробація, впровадження у виробництво, реалізація та практичне застосування різного роду лікарських засобів, також виробів медичного призначення (медтехніка) у відповідності до встановлених та визнаних світових стандартів; та ін..

На основі викладеного, видаються логічними такі висновки: в законодавстві України слід закріпити поняття «якість медичної допомоги» та належним чином здійснити розмежування поняття галузевих стандартів та державних соціальних нормативів; доцільно було б надати право медичним асоціаціям брати участь в роз-

робіти таких документів. Як свідчить Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні, в сфері стандартизації охорони здоров'я головним завданням є збільшення її об'єктів.

Література:

1. Лопушняк Г. Теоретичні аспекти формування державних соціальних стандартів в Україні // Ефективність державного управління. – 2010. – Вип. 23. – С. 34-41.

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.

Арабчук А.І.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ІНСТИТУТ МЕДИЧНОГО ЗАПОВІТУ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Відповідно до сучасних міжнародних стандартів, правомірність медичного втручання обумовлюється попередньою згодою на це пацієнта. В сучасному українському законодавстві сформована юридична конструкція згоди пацієнта, у випадку його повною дієздатності, на медичне втручання. Визначено і статус та сферу повноважень законного представника недієздатної особи, який діє згідно ст. 242 Цивільного кодексу України. Проте, через тимчасову або тривалу неспроможність внаслідок хвороби, виникають ситуації, в яких пацієнт не здатен дати згоду. Саме в таких випадках виявляється важливість інституту медичного заповіту, який досконалим розвинений, наприклад, у США, Канаді, Англії, Іспанії. Законодавство нашої держави не пристосоване для таких випадків.

Інститут медичного заповіту не був предметом ґрунтовного аналізу у відчизній медико-правовій літературі. Певним аспектам цього питання присвячені праці Г. Миронової, С. Стеценка.

Прижиттєвий заповіт є найстарішою формою попередніх медичних розпоряджень. Його було вперше запропоновано в 1969 році адвокатом з Іллінойса (США) Луїсом Катнером [2, с. 3]. Всесвітня організація охорони здоров'я визначила попередні медичні вказівки, як «механізм, за допомогою якого компетентна людина висловлює свої побажання стосовно обставини, в яких вона більше не в стані приймати раціональні та обґрунтовані рішення щодо власного лікування» [1]. Європейським правовим базисом з даного питання є загальне правило визначене у ст. 5 Конвенції «Про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини» (ETS № 164): «втручання в сфері охорони здоров'я може бути здійснено тільки після того, як відповідна особа дасть вільну і свідому згоду на це». А також правило ст. 9 Конвенції: «Якщо на час втручання пацієнт перебуває у стані неспроможності висловити свої побажання, враховуються побажання щодо медичного втручання, висловлені ним раніше» [2, с.7].

В науковій літературі поширеним є таке визначення медичного заповіту (прижиттєвого розпорядження) – це письмові документи, що мають на меті дати людям можливість висловити свої уподобання щодо надання певного лікування або утримання від нього в разі, якщо вони стають нездатними приймати рішення в майбутньому [2, с. 1]. Випадки психічної та розумової здатності особи усвідомлювати необхідність медичного втручання, його ступінь та порядок здійснення, не вимагають існування будь-якого попереднього письмового розпорядження. В протилежному випадку виникає загроза порушення захищених ст.ст. 5, 95 Конвенції «Про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини» прав особи, що

не має з тих чи інших причин можливості сформулювати своє ставлення до свого лікування. Медичний заповіт як добровільна заява про умови надання бажаної для пацієнта медичної допомоги відіграє важливу роль інформування саме в таких ситуаціях. Розпорядження особи щодо свого медичного обслуговування є засобом завчасного планування лікування та догляду та може містити важливу інформацію стосовно медичних рішень пацієнта: розпорядження стосовно відмови від конкретного способу лікування (наприклад, використання препаратів крові, трансплантації, тощо); відмова від реанімації, певних процедур штучного підтримання життя, зокрема, агресивних інвазійних процедур; розпорядження на випадок стійкого вегетативного або коматозного станів.

Науковці, що досліджували дане питання вказують, що необхідно відрізнити відмову від певних видів лікування та евтаназію. Оскільки, усвідомлене особою завчасне прийняття рішення про відмову від початку певних реанімаційних дій, або штучної підтримки життя, які спрямовані не на лікування, а на продовження життя і, можливо, страждання, – це не евтаназія [3]. Видається, що така відмова від лікування все ж таки не може вважатися активною евтаназією, а є, по суті, попереднім розпорядженням про пасивну евтанаю.

В країнах, де легітимізовано попередні медичні розпорядження особи, прижиттєвий заповіт, як правило, повинен мати письмову форму, датований і завірений двома свідками, що не є родичами розпорядника, не пов'язані з лікувальною установою, що обслуговує хворого, та не претендують на спадок. Документ має містити твердження, що розпорядник у здатен розуміти суть того, що відбувається, та підписує документ добровільно (так, в Угорщині, умовою дійсності попередніх медичних вказівок є додаткова заява сертифікованого психіатра про те, що людина приймає рішення з усвідомленням його наслідків). Важливим є право розпорядника в будь-який час скасувати свою останню волю. Згідно законодавства таких країн у хворого, при його надходженні до медичного закладу або будинку для престарілих, зобов'язані запитати, чи складена остання воля, а якщо ні, то чи не бажає він її скласти. Необхідно зазначити, що остання воля вагітної жінки зазвичай є недіевою, оскільки держава вважає себе зацікавленою в народженні дитини [2, с. 5].

Як уже було зазначено в українському законодавстві розроблена юридична конструкція згоди пацієнта – дієздатної особи на медичне втручання. Але вона не втрачає свою дієвість у ситуаціях, що кваліфікуються як невідкладні. В екстрених випадках (коли наявна реальна загроза життю хворого) українське законодавство не передбачає обов'язкової згоди пацієнта або його близьких родичів а медичне втручання (п. 5 ст. 284 Цивільного Кодексу України, ст. 43 Основ, ст. 6 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини»). Законодавством не визнається право завчасного вибору або відмови лікування, не існує норм стосовно можливості скласти заповіт щодо медичних умов доживання.

Зі змісту деяких коментарів до ЦК України, таку позицію закладено у ЦК та інші зазначені акти не випадково. Наприклад, О. Кохановська, посилаючись в обґрунтування своїх доводів на положення «Декларації про політику у галузі забезпечення прав пацієнта у Європі» стосовно права особи на відмову від медичного втручання, вважає, що «таке положення є дискусійним за своїм змістом і передчасним для включення його у ЦК України. Його відсутність у ЦК цілком виправдана» [4, с. 472].

Звісно будь-яка особа в Україні може скласти медичний заповіт, але це неминуче потягне за собою правові проблеми – у ситуаціях, коли пацієнт не може

висловити своє бачення порядку та способу лікування, у зв'язку із невизначеною юридичною силою медичного заповіту, пріоритет у більшості віддається рішенням лікарів та бажанням членів сім'ї.

Отже, введення в українську правову систему медичного заповіту є перспективним напрямком забезпечення прав пацієнтів. Світова практика довела ефективність цього інституту.

Література:

1. Стеценко С.Г. Медичне право України [Електронний ресурс] / С. Стеценко. – Режим доступу: http://pidruchniki.com.ua/15840720/pravo/medichne_pravo_ukrayini_stetsenko_sg

2. Миронова Г.А. Медичний заповіт: новий інститут приватного права // Часопис Академії адвокатури України. 2012. - № 1. – С. 1-10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/ChaaU/2012-1/12mgaiip.pdf>

3. Миронова Г. Право пацієнта на вибір методів лікування: «білі плями» українського законодавства [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=705:-l-r-&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58

4. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України. У 2-х т. / За відповіді ред. О. В. Дзери, Н. С. Кузнецової, В. В. Луця. – К.: Юрінком Інтер, 2005. – Т. 1.

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

Арутюнян А.А.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ГОСПОДАРСЬКО-ДОГОВІРНИХ ВІДНОСИН У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

Питання щодо господарського договору є одним із центральних. За допомогою господарських договорів частіше за все виникають господарські відносини, що слугує засобом встановлення зв'язків між суб'єктами господарювання.

Проблеми договірного права досліджувало багато науковців юридичного спрямування, серед них Р. Халфіна, О. Іоффе, О. Красавчиков, В. Луць, О. Вінник, Н. Дзера, В. Щербина, О. А. Беляневич, І. І. Бочкова, В. Г. Вердников, О. М. Вінник, О. В. Дзера, О. С. Йоффе, Ш. В. Калабеков, О. В. Кологойда, В. С. Мілаш, С. В. Нєсинова, Н. І. Овчинников, А. Г. Первушин, С. А. Подоляк, О. Г. Ракова, В. А. Семєусов, Є. Д. Стрельцова, С. А. Хохлов, А. П. Чернега. Враховуючи той факт, що ринкові відносини бурхливо розвиваються в усіх сферах суспільного життя, необхідно визначити, що ж таке господарський договір і яке його місце, зокрема в медичному правовому регулюванні.

Власне саме поняття «господарський договір» законодавством України не регламентовано. У статті 173 Господарського кодексу України (надалі – ГК) лише дається загальне визначення господарського зобов'язання. Також у ст. 179 ГК України міститься визначення господарсько-договірних зобов'язань [5]. Таким чином, у правознавчій доктрині категорія господарського договору не є категоричною.

Сьогоднішня господарська правова доктрина існує з багатоманітністю думок щодо теорії договору, яка б найяскравіше виділяла всі його істотні та актуальні ознаки. О. Беляневич відзначає «господарський договір як засноване на згоді сторін і зафіксоване у встановленій законом формі зобов'язання між суб'єктами господа-

рювання, суб'єктами організаційно-господарських повноважень, негосподарючими суб'єктами – юридичними особами, змістом якого є взаємні права та обов'язки в галузі господарської діяльності» [1, с. 61-62].

В. Щербина зазначає, що господарський договір є збірним (узагальнюючим) поняттям, до якого відносяться різні договірні типи [7, с. 98].

Щодо взаєморозташування договору в системі цивільного і господарського права влучно зазначає В Мілаш, що досить довго договір розглядався як інститут цивільного права. Проте сьогодні договір є засобом інтеграції між різними галузями права [4, с. 37].

Важливим для визначення поняття господарського договору є встановлення його ознак. Серед них Малишко і Бородін виділяють:

- особливий суб'єктний склад (суб'єкти господарювання, органи господарського керівництва, негосподарські організації громадян).
- спрямованість на забезпечення господарської діяльності учасників договірних відносин.
- тісний зв'язок з плановим процесом.
- поєднання в господарському договорі майнових та організаційних елементів.
- обмеження договірної свободи з метою захисту інтересів споживачів та загальногосподарських інтересів.
- можливість відступлення від принципу рівності сторін [6, с. 116].

Ш. В. Калабеков відзначає господарський договір такими ознаками:

- 1) визначення взаємних прав та обов'язків сторін;
- 2) обов'язкове передбачення певної поведінки;
- 3) спрямованість на виникнення або зміну прав та обов'язків сторін;
- 4) відповідна форма;
- 5) спрямованість на досягнення конкретної мети;
- 6) еквівалентний характер;
- 7) універсальність [8, с. 37].

Підсумовуючи вищенаведені дефініції та ознаки, на мою думку слід вживати термін господарський договір у такому значенні: домовленість, укладену за встановленим змістом та формою, між учасниками господарських правовідносин, спрямовану на встановлення, зміну чи припинення прав та обов'язків, досягнення конкретної мети та забезпечується у випадку порушення можливістю застосування небажаних наслідків.

Зараз спостерігається перевага законодавчого врегулювання відносин над договірним. При цьому диспозитивне, тобто договірне, регулювання не виключається [2].

А. Меленко в ряд основних господарських договорів у сфері охорони здоров'я виділяє: договір купівлі-продажу (поставки); договори про виконання робіт чи надання послуг; договір оренди; договір на виконання науково-дослідних робіт. Автор відзначає, що при укладанні господарського договору, сторони повинні обов'язково погодити предмет, ціну та строк дії договору. Під час складання будь-якого договору необхідно зважати на його специфіку, підходити до розробки документа, враховуючи всі деталі [3, с.48-50].

Також, В.М. Пашков виділяє господарсько-правовий договір надання медичних послуг. Дефініція цього договору виглядає, на думку науковця, наступним чином: «це угода, укладена між учасниками господарської діяльності або одним чи декількома учасниками господарських відносин, у тому числі негосподарючим суб'єктом, унаслідок якої одна сторона (виконавець) заклад охорони здоров'я зобов'язується на замовлення другої сторони (замовника) – на суб'єкта на свою користь як послугоотримувача, надати третій стороні (послугоотримувачу) медичні

послуги ...». Крім того господарські договори при добровільному страхуванні медичних витрат укладаються між страхувальником і страховою медичною організацією, між страховою медичною організацією та медичним закладом [2].

Таким чином, ми проаналізували поняття господарського договору, яке слід розуміти у значенні домовленості, укладеної за встановленим змістом та формою, між учасниками господарських правовідносин, спрямовану на встановлення, зміну чи припинення прав та обов'язків, досягнення конкретної мети та забезпечується у випадку порушення можливістю застосування небажаних наслідків. Крім легально визначених у ГК, особливим видом господарських договорів у медичній сфері є господарсько-правовий договір надання медичних послуг.

Література:

1. Беляневич О.А. Господарське договірне право України (теоретичні аспекти). – К.: Юрінком Інтер, 2006. – 592 с.
2. Договірні відносини у сфері охорони здоров'я. Пашков В.М. // Аптека. – 2008 – №623.. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/5995>
3. Меленко, А. Договори в медичному закладі / А. Меленко // Практика управління медичним закладом. – 2014. – № 10. – С. 48-53.
4. Мілаш В. Про розвиток господарсько-правового регулювання договірних відносин // Підприємництво, господарство і право. – 2007. – №5. – с. 37.
5. Пелевін О. До визначення поняття господарського договору: доктринальний аспект // [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/2091>
6. Поняття господарського договору: доктринальний аспект / В. М. Малишко, Є. В. Бородін // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2014. – № 2. – С. 115-118. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Npnau_2014_2_24.pdf
7. Система органів державного управління та регулювання в сфері підприємницької діяльності : монографія / В. С. Щербина, Н. М. Мироненко, О. М. Вінник, О. А. Беляневич, Т. В. Боднар; ред.: В. С. Щербина; НДІ приват. права і підприємництва НАПрН України. – К., 2010. – 227 с. – укр.
8. Ш. В. Калабеков. Договор как универсальная правовая конструкция: Дисс канд. юрид. наук.– М., 2003. – 259 с.

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

Бабич Є.О.,

студент 46 групи

ПІУІ НІУО ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ СТАТУС СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Фармацевтичний ринок виступає одним із головних показників успішності економічної політики соціальної держави, якою у відповідності до ст. 3 Основного Закону задекларована Україна. Основою його функціонування є загальні правові засади, які притаманні ринковій економіці, проте, він має своєрідні специфічні риси, які виокремлюють його серед інших сфер економіки.

Окремі аспекти діяльності ринку фармацевтичних послуг, а також його суб'єктів досліджували такі вчені, як О. Вінник, Р. Ворон, Л. Дешко, Д. Задахайло, В. Пашков та інші.

Метою даної роботи є дослідження поняття суб'єктів фармацевтичного ринку та особливостей їх господарської діяльності.

Чинне українське законодавство не містить дефініції поняття суб'єктів фармацевтичного ринку, а також їх чіткого переліку. До прикладу, згідно ст. 10 Закону України «Про лікарські засоби» фізичні чи юридичні особи виготовляють лікарські засоби, а в ч. 1 ст. 19 зазначено, що оптову та роздрібну торгівлю ними здійснюють підприємства, установи, організації та фізичні особи – підприємці. У п. 1.3 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами», затверджених наказом МОЗ України №723 від 31.10.2011 року (надалі – Ліцензійні умови), надано визначення понять «аптечний заклад», «аптека», «аптечний кіоск», «аптечний пункт», «аптечний склад (база)», «структурний підрозділ аптеки», «виробник лікарських засобів».

На думку Ворона Р.О., існує три групи суб'єктів фармацевтичного ринку. До першої групи науковець відносить розробників відповідної продукції, виробників, імпортерів, а також органи державної реєстрації фармацевтичної продукції. До другої групи належать дистриб'ютори вказаної продукції, аптечні заклади, які з метою надання соціальних, медичних чи інших послуг, здійснюють реалізацію фармацевтичної продукції, та установи охорони здоров'я або інші заклади, що здійснюють її закупівлю та зберігання. До третьої групи віднесено органи державного нагляду у сфері діяльності ринку фармацевтичних послуг [2, с. 62-64].

Куш Л.І. зазначає, що до суб'єктів господарювання у сфері виготовлення та реалізації лікарських та медичних засобів належать фармацевтичні організації, їх відокремлені підрозділи та фізичні особи-підприємці, наділені господарською правосуб'єктністю, одержали ліцензію на провадження даного виду діяльності, володіють належними приміщеннями, приладами та обладнанням. До фармацевтичних організацій належать: відповідні підприємства та їх структурні підрозділи, які виробляють лікарські засоби; фармацевтичні організації, що реалізують медичні засоби оптом через аптечні бази (склади) та в роздріб – через аптеки, аптечні кіоски (пункти); фармацевтичні установи, що здійснюють виявлення нових ліків, а також їх до клінічне вивчення [4, с. 43-44].

Вважаю за доцільне проаналізувати головні ознаки суб'єктів господарювання даної категорії. Головною ознакою є особливості господарської діяльності, це означає, що підприємці здійснюють виробництво чи реалізацію специфічного товару – лікарських засобів та медичних виробів, що у свою чергу, ставить додаткові вимоги до вищевказаних суб'єктів, оскільки вони повинні дотримуватися відповідних стандартів, технічних регламентів тощо, так як від якості вказаної продукції залежить життя та здоров'я населення [3, с. 125]. При цьому, варто зазначити, що суб'єкти господарювання можуть виготовляти та реалізовувати лише ті лікарські засоби, які дозволені для застосування Міністерством охорони здоров'я України.

Наступною ознакою є те, що суб'єкти фармацевтичного ринку мають відповідну організаційно-правову форму, тобто структуру, яка може бути або однією з форм підприємства або установою (наприклад, міністерство), чи організацією (об'єднання громадян). При цьому, господарюючі суб'єкти можуть обирати ту чи іншу організаційно-правову форму [5, с. 193]. Важливою рисою також є те, що порядок створення, функціонування, реорганізації чи припинення діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку чітко закріплено чинним законодавством.

Також суб'єкти фармацевтичного ринку наділені господарською правосуб'єктністю, під якою розуміють визнану законом сукупність правових можливостей відносно участі в господарській діяльності. Ще однією, нерозривно пов'язаною з попередньою ознакою досліджуваних суб'єктів господарювання є їх легітимність, тобто законне, визнане державою існування, що пов'язане з їх державною реєстрацією, а також ліцензуванням [1, с. 36]. Так, у відповідності до п. 10 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля ними, їх імпорт (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) – підлягає ліцензуванню. Згідно п. 1.11 Ліцензійних умов підставою для видачі ліцензії на провадження господарської діяльності з оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами є наявність матеріально-технічної бази, кваліфікованого персоналу. Якщо суб'єкт господарювання має намір здійснювати виробництво лікарських засобів, то окрім двох вищевказаних підстав, обов'язковим також є наявність умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться. Ліцензування даного виду господарської діяльності здійснюється Державною службою України з лікарських засобів.

Отже, проаналізувавши питання господарської діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку можна дійти наступних висновків. По-перше, українське законодавство не закріплює визначення поняття «суб'єкти фармацевтичного ринку» та їх чіткого переліку, що породжує певну невизначеність при правовому регулюванні їх господарської діяльності. По-друге, господарська діяльність вищевказаних суб'єктів має певні особливості, порівняно з іншими суб'єктами господарювання, що проявляється в специфіці товару, що ними виробляється чи реалізовується, підвищених вимогах до матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу тощо, а також наявності наданого в установленому законом порядку дозволу – ліцензії, значно суворішому регулятивному державному впливу.

Література:

1. Васильєв С.В. Нормативно-правові засади державного управління у сфері ліцензування фармацевтичної діяльності// Теорія і практика державного управління : зб. наук. пр. – 2012. – № 3 (38). – С. 35–40.
2. Ворон Р.О. Господарсько-правове забезпечення розвитку фармацевтичного ринку в Україні: Дис.... канд. юрид. наук. – Х., 2015. – 86 с.
3. Коротич Є.О. Особливості правового статусу суб'єктів господарювання, що виробляють та здійснюють торгівлю медичними виробами// Право і суспільство. – 2013. – №6-2. – С. 122-126.
4. Куц Л.І. Господарсько-правове регулювання виробництва та торгівлі лікарськими засобами: Дис.... канд. юрид. наук. – Донець, 2004. – 112 с.
5. Морщагіна Н.С. Особливості господарської компетенції аптечних закладів// Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». – 2012. – №2 (9). – С. 189-196.

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

*Бабич Є.О.,
студент 46 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

КОДИФІКАЦІЯ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Екологічне законодавство України характеризується значною кількістю нормативно-правових актів різної юридичної сили та їх розпороченістю і колізійністю, що іноді значно ускладнює процес правозастосування. Тому в науці екологічного права і на законодавчому рівні висловлюються пропозиції щодо кодифікації екологічного законодавства. Метою роботи є аналіз проблем і перспектив прийняття кодифікованого акту у сфері екологічного права.

Дослідженням даного питання займалися, зокрема такі вітчизняні науковці: Гетьман А., Коморна Л., Гвоздик П., Шемчущенко Ю. і т.д.

Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища» був прийнятий ще за радянських часів і вже істотно застарів. Він побудований на тогочасних концептуальних засадах і не забезпечує системної екологізації усіх сфер суспільного життя. Навіть термінологічно Закон не узгоджується з прийнятою на міжнародному рівні термінологією в цій галузі. Наприклад, предметом охорони за Законом виступає «навколишнє природне середовище», тоді як за сучасним міжнародним правом – «навколишнє середовище» [1, с. 5]. Майже кожна стаття Закону зазнала змін починаючи з року прийняття цього нормативно-правового акту (1991 р.).

Доцільність розробки проекту Екологічного кодексу України передбачена Основними напрямками державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки (п. 34) [6, Ст. 248]; Рекомендаціями парламентських слухань щодо дотримання вимог природоохоронного законодавства в Україні (п. 9) [7, Ст. 182]; Концепцією національної екологічної політики України на період до 2020 року (п. 3 розділу «Інструменти національної екологічної політики») [8, Ст. 170].

Кодифікація будь-якого законодавства як процес зведення до єдності нормативно-правових актів шляхом переробки їх змісту дозволяє відкинути частину застарілого матеріалу, внутрішньо структурувати та внести відповідний специфічний зміст до тієї чи іншої частини майбутнього кодифікованого акта [2, с. 204]. Кодифікація екологічного законодавства має надати відповідній державній політиці у цій сфері більш чіткої цілеспрямованості, формальної визначеності, загальнообов'язковості [5, с. 25]. Слід зазначити, що у ряді держав здійснено кодифікування природоохоронного законодавства («Кодекс навколишнього середовища» ФРН, 1993 р.; Швеція, 1999 р.; «Екологічний кодекс Франції», 2000 р.) [3, с. 55]. Таким позитивним досвідом доцільно було б керуватися при розробці Екологічного кодексу України.

У майбутньому Екологічному кодексі України слід чітко виписати механізм державного управління і контролю в галузі охорони навколишнього середовища, забезпечення раціонального природокористування. Йдеться, зокрема, про екологічні повноваження Верховної Ради, Президента і Кабінету Міністрів України, інших державних органів і органів місцевого самоврядування. Тут же доречно більш повно, ніж це є зараз, визначити правовий статус Міністерства екології та природних ресурсів України. В акті мають бути чітко визначені принципи засудування до порушників екологічних правил цивільної, кримінальної, адміністративної,

дисциплінарної відповідальності, передбачити надійні гарантії відшкодування у відповідних випадках екологічної шкоди. Екологічні делікти відзначаються специфічними особливостями. Цим зумовлена необхідність їх судового розгляду суддями, які мають спеціальну еколого-правову підготовку [1, с. 7]. Крім цього, слід визначити місце майбутнього Екологічного кодексу України серед інших кодифікованих актів у сфері екологічного законодавства (Лісового кодексу, Водного кодексу і т.д.). Він має стати загальним законом, а інші акти – спеціальними.

Погодимось із думкою П. Гвоздика, який зазначає, що кодифікація екологічного законодавства має проводитися з урахуванням таких факторів: 1) сформувалися новітні галузі законодавства (наприклад, ядерне); 2) з'явилися нові об'єкти еколого-правового регулювання (біологічні ресурси, ГМО, екологічні послуги та ін.); 3) виявилися колізійні питання у регулюванні окремих аспектів природокористування (наприклад, не всі природо-ресурсні законодавчі акти відтворюють положення про загальне та спеціальне природокористування); 5) існує необхідність у забезпеченні збалансованості між екологічним законодавством та іншими галузями законодавства в регулюванні питань, що входять у сфери їх загального впливу (наприклад, питання застосування зборів за спеціальне природокористування регулюються екологічним і фінансовим законодавством; екологічного страхування – законодавством про страхування та екологічним законодавством; права власності на природні ресурси – екологічним та цивільним законодавством) тощо [2].

Прийняття Екологічного кодексу України сприятиме дієвості правового регулювання екологічних відносин. Він повинен стати основним джерелом екологічного права та забезпечити відповідність екологічного права України європейським нормам.

Література:

1. Шемчушенко Ю. Актуальні проблеми кодифікації національного та міжнародного екологічного права // Право України. – 2011. – № 2. – С. 4-11
2. Гетьман А. Проблеми реформування екологічного законодавства: теорія та методологія // Академія правових наук України Щорічник українського права. – 2009. – №1. – С.203-214.
3. Драган І.О. Аналіз зарубіжного досвіду інвестиційно-інноваційного забезпечення державної екологічної політики // Наукові розвідки з державного та муніципального управління Збірник наукових праць 2011. – №2. – С. 50-60
4. Гвоздик П.О. Трансформаційні процеси в екологічному законодавстві: від Закону «Про охорону природи в Українській РСР» (1960 р.) до майбутнього Екологічного кодексу України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.stationline.org.ua/pravo/100/16998-transformacijni-procesi-v-ekologichnomu-zakonodavstvi-vid-zakonu-quot-pro-oxoronu-prirodi-v-ukra%D1%97nskij-rsr-quot-1960-r-do-majbutnogo-ekologichnogo-kodeksu-ukra%D1%97ni.html>
5. Коморна Л. Функції систематизації екологічного законодавства України [Електронний ресурс] // Малий і середній бізнес (Право, держава, економіка). – 2011. – № 3-4. – С. 24-25
6. Про Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки: постановою Верховної Ради України від 5 березня 1998 р. № 188 // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 38-39. – Ст.248.

7. Про рекомендації парламентських слухань щодо дотримання вимог природоохоронного законодавства в Україні: постанова Верховної Ради України від 20 лютого 2003 р. № 565-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 25. – Ст.182.

8. Про схвалення Концепції національної екологічної політики України на період до 2020 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2007 р. № 880-р // Офіційний вісник України. – 2007. – № 79. – Ст. 170.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Барабаш Ю.К.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАХИСТ ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Сьогодення вимагає від керівників медичного закладу знань та певних дій, що формують правильне уявлення про заклад, яким він керує, серед пересічних громадян – потенційних клієнтів та партнерів. Постійна плідна робота колективу медичних працівників сприяє формуванню іміджу та ділової репутації медичного закладу, що є багаторічною роботою, пов'язаною з особистим контактом, та має ряд впливових чинників, зокрема: внутрішніх (тривалість функціонування медичного закладу, його історія, профільність, надання якісної медичної допомоги з дотриманням стандартів, фінансова стабільність, менеджмент, кадри тощо) та зовнішніх (благодійність, співпраця із ЗМІ тощо). Сформувавши імідж та ділову репутацію, надалі керівництво медичного закладу мусить докладати зусиль для їхнього юридичного захисту. І хоча недоторканність ділової репутації охороняється законом, це не є засторогою для недобросовісних конкурентів та «ображених» пацієнтів не вдаватися до дій, що можуть зашкодити діловій репутації медичного закладу [1].

Окреслене питання було предметом дослідження О. Беденко-Зваридчук, В. В. Горачук, Н. А. Дмитришина, Н. Школьна та ін. Однак, складний та комплексний характер досліджуваної проблеми зумовлює актуальність подальших ґрунтовних наукових досліджень в цьому напрямі.

Поняття ділової репутації у національному законодавстві відсутнє, але міститься в пункті 4 Постанови Пленуму Верховного Суду України від 27 лютого 2009 р. № 1 «Про судову практику у справах про захист честі, гідності, а також ділової репутації фізичної та юридичної особи» встановлено, що під діловою репутацією фізичної особи розуміється набута особою суспільна оцінка її ділових і професійних якостей при виконанні нею трудових, службових, громадських чи інших обов'язків.

У юридичній літературі є висловлювання про те, що ділову репутацію як таку можуть мати громадяни, які здійснюють підприємницьку діяльність, виробники матеріальних благ (товарів, послуг, робіт тощо) та юридичні особи. Таким чином, лікарі виступають тим суб'єктом, що відповідно їй не має. Проте таке твердження є необґрунтованим, оскільки змістом ділової репутації лікарів є оцінка не ділових (підприємницьких), а саме професійних якостей. Тому пропонується називати цю репутацію не діловою, а професійною, а медичні працівники вправі розраховувати на її захист [2].

Псування ділової репутації медичного працівника прямо пропорційно відображається на діловій репутації медичного закладу. Серед найпоширеніших способів

завдати шкоди діловій репутації медичного закладу є такі: розміщення негативної інформації в мережі інтернет, як на офіційному сайті медичного закладу, так і на інтернет-форумах медичного напрямку, поширення негативних відгуків про роботу лікарів та медичного закладу в цілому; публікація статей, що містять негативну інформацію, негативні оцінки дій медичних працівників та медичного закладу у друкованих ЗМІ; інтерв'ю лікарів, публічне висловлювання експертної думки, виступи з публічними лекціями, що містять негативну інформацію про медичний заклад; «незалежне» журналістське розслідування, результати якого оформлюються відеосюжетом для каналу новин, публікацією в друкованих ЗМІ; розголошення конфіденційної інформації колишнім співробітником медичного закладу [1].

Можливі різні способи захисту ділової репутації, найпростішим є надсилання претензії до особи, яка порушила недоторканність ділової репутації. Зміст даної претензії полягає в викладенні своєї позиції, аргументи на свою користь та просьба спростувати негативну або недостовірну інформацію. У разі не реагування особи, яка порушила недоторканність ділової репутації на претензію особа має право на звернення до суду. Та найцікавішим залишається питання можливості захисту ділової репутації медичного закладу та лікаря як його працівника у випадках написання негативних відгуків на інтернет-форумах, у соціальних мережах та на сайті медичних закладів. Часто встановити особу-порушника неможливо. Постає питання як тоді захищати свою ділову репутацію? У пункті 13 Постанови ПВСУ № 1 від 27.02.2009 наголошено, що судовий захист гідності, честі та ділової репутації внаслідок поширення про особу недостовірної інформації не виключається і в разі, якщо особа, яка поширила таку інформацію, невідома (наприклад, при направленні анонімних або псевдонімних листів чи звернень, смерті фізичної особи чи ліквідації юридичної особи, поширення інформації в мережі Інтернет особою, яку неможливо ідентифікувати, тощо). У такому випадку суд має право за заявою заінтересованої особи встановити факт неправдивості цієї інформації та спростувати її в порядку окремого провадження [3, с. 34 – 35].

Отже, за сучасних умов посягання на ділову репутацію медичного закладу є поширеним явищем, а це означає, що останній повинен вживати названі заходи юридичного захисту, а не спостерігати як руйнується створений роками імідж.

Література:

1. Огляд події: семінар «Захист ділової репутації медичних закладів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://103-law.org.ua/News.aspx?n=168>
2. Кохановська О.В. Проблеми захисту честі, гідності й ділової репутації особи в Цивільному кодексі України / О.В. Кохановська // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.scourt.gov.ua/clients/vs.nsf/0/C31366E8AB1A22C6C2257045004D0477>
3. Школьна Н. Захист ділової репутації медичного закладу та медичного працівника / Н. Школьна // Практика управління медичним закладом. – 2014. – № 10. – С. 30-36 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://maslegalgroup.com.ua/d/673176/d/mediki_10_shkolna.pdf

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

*Безтосна А.О.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЛІЦЕНЗУВАННЯ ДЕРЖАВОЮ ОКРЕМИХ ВИДІВ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Дана тема є актуальною, адже інститут ліцензування є одним із провідних інститутів господарського права який набуває важливого значення у період переходу до ринкової економіки в Україні.

Дане питання досліджували такі вчені як В. Б. Авер'янов, Ю. П. Битяк, О. Ф. Андрійко, В. М. Гарашук, В. М. Горшен'єв, О. Д. Крупчан, О. О. Кармолицький, І. Б. Шахов та інші.

Верховна Рада України визначає основні напрями державної політики у сфері ліцензування, а реалізацію державної політики в цій галузі здійснюють Кабінет Міністрів України, спеціально уповноважений орган з питань ліцензування, а також органи виконавчої влади, визначені Кабінетом Міністрів України, виконавчі органи рад, уповноважені проводити ліцензування певних видів господарської діяльності.

Нормативну базу ліцензування становить Господарський кодекс України, Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», а також численні нормативно – правові акти, які визначають особливості ліцензування конкретних видів господарської діяльності (у тому числі і різноманітні ліцензійні умови, затверджені на рівні центральних органів державної влади).

Стаття 1 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» визначає ліцензію як документ державного зразка, який затверджує право ліценціата на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності [1]. Постановою Кабінету Міністрів України в 1996 році була затверджена Концепція розвитку державної системи ліцензування підприємницької діяльності. Головним завданням ліцензування згідно Концепцією є захист економічних та інших інтересів держави, її громадян шляхом встановлення з боку держави певних умов і правил здійснення окремих видів підприємницької діяльності. Ліцензійному регулюванню відповідно до вимог Концепції мають підлягати лише ті види підприємницької діяльності, які безпосередньо впливають на здоров'я людини, навколишнє середовище, безпеку держави. Уперше державне ліцензування підприємництва було законодавчо введено це в 1991 році у зв'язку з прийняттям Закону України «Про підприємництво». Цим законом було передбачено ліцензування лише 12 видів підприємницької діяльності. Після прийняття закону 1991 сфера ліцензування постійно, хаотично і практично безконтрольно з боку парламенту розширювалась – у 1997 році ліцензуванню підлягали вже 212 видів підприємницької діяльності та майже 1500 робіт. Ліцензування фактично охоплювало всі види господарської діяльності [2].

О. Олійник виділяє підстави для визнання певного виду діяльності таким, що потребує ліцензування. Мова йде про діяльність, що ж небезпечною для необмеженого кола осіб, які не беруть участь в її здійсненні (наприклад, діяльність, пов'язана з використанням радіоактивних відходів, джерел іонізуючого випромінювання, перевезення ядерних матеріалів і радіоактивних речовин тощо); діяльність, що залучає у своє середовище необмежене коло учасників, залучаючи їхнє майно у виробництво (банківська, страхова діяльність тощо); підвищено прибуткова діяльність яка потребує посиленого оподаткування і додаткового контролю (створення й

утримання гральних закладів, організація азартних ігор, виготовлення алкогольної продукції тощо).

Отже, правова концепція ліцензування господарської діяльності у законодавстві України є недостатньо розробленою, що зумовлене відсутністю правового забезпечення необхідного балансу між державним регулюванням економіки та новими ринковими механізмами, що створюються у процесі реформування національної економіки. Для вирішення даної проблеми, погоджуючись з Н.В. Барахтяном, пропонує провести порівняльно – правовий аналіз чинного та перспективного законодавства в цій галузі, зокрема. Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» та проекту Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» № 9654 від 27.12.2011, а також врахувати доктрину при розробці та прийнятті нового законодавства, що регулюватиме ліцензування державою окремих видів господарської діяльності.

Література:

1. Осадчук О. Окремі проблеми у сфері ліцензування // Юрид. журнал. – 2003. – № 7 (13). – С. 50-53.

2. Васильченко С. Законодавство України про ліцензування господарської діяльності в процесі вдосконалення // Юридичний журнал. – 2003. – № 7 (13). – С. 27-30.

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

Березовська М.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УКРАЇНІ

Незважаючи на принципи, які закріплені Конституцією України, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Рівень здоров'я населення країни значно впливає на результати її економічного, соціального та культурного розвитку, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства. Тому проблема медичного обслуговування є актуальною і сьогодні.

Дане питання досліджувалось в наукових працях К.Г. Головачова, О.Г.Куля, О.М. Ціборовський, О.А.Коваль, С.Б. Булеца та інші.

Стаття 49 Конституції України гарантує кожному право на охорону здоров'я. Тобто, кожний громадянин України, так само, як і іноземець або особа без громадянства, які на законних підставах перебувають на території України, мають право на охорону його здоров'я. Охорона здоров'я забезпечується діяльністю державних та інших організацій, передбачених Конституцією України та Основами законодавства України про охорону здоров'я. Відповідно до ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я [1, Ст. 19]: медичне обслуговування – 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 обмежуються медичною допомогою.

Найбільше проблему охорони здоров'я пов'язують з недостатністю фінансування. Досвід інших країн свідчить про те, що окрім обов'язкового збільшення бю-

джетного фінансування охорони здоров'я, необхідно змінити саму структуру охорони здоров'я. Розвинуті країни світу удосконалюють систему охорони здоров'я для забезпечення ефективного медичного обслуговування.

Пацієнтам важлива не тільки якість, але й швидкість медичного обслуговування. Не будь-яка клініка чи лікарня може запропонувати не тільки консультацію кваліфікованих лікарів, але й швидке та якісне медичне обслуговування. Кваліфіковані спеціалісти в Україні є проблемою в наданні медичної допомоги.

На сьогоднішній день в Україні гостро стоїть проблема надання медичної допомоги високої якості кваліфікованими спеціалістами. Раніше молодь прагнула присвятити своє життя одній із найпрестижніших професій лікаря. Відтепер молоді спеціалісти не мають бажання працювати в державних лікарнях через низький рівень заробітної плати. Добові чергування, колосальна відповідальність, нервово-моральне навантаження, притаманні кожній медичній спеціальності, – усе це потребує підвищення зарплатні, бо її рівень далеко не відповідає рівню затрачених зусиль лікаря. Звідси маємо висновок, що відсутня мотивація для праці лікарем в Україні в держустановах [3, с. 1].

Право пацієнта на вибір лікаря законодавчо закріплено в Україні. Але практика свідчить про те, що таким правом можна скористатися, частіше, тільки під час звернення до приватних медичних установ. Цю проблему необхідно вирішити за допомогою внесення необхідних змін в законодавство України. Реформування в Україні вимагають також стаціонарні медичні заклади. Обтяжливим фактом є те, що це відбувається на тлі погіршення загального фінансового становища населення України. Перекладання державою тягаря витрат на охорону здоров'я на плечі громадян мало б компенсуватися зростанням доходів громадян, соціальними субсидіями, державними програмами. Зниження доступності медичної допомоги та безсистемне впровадження платних медичних послуг у державних та комунальних лікувальних установах викликали невдоволення громадян. Уряд встановив певні пільги на отримання медичної допомоги деяким категоріям населення: особам, які належать до незахищених або вразливих груп населення та хворим, що страждають на деякі соціально значущі та важкі хвороби [2, с. 82-83].

У зв'язку з цим доцільно було б запровадити медичне страхування. Добровільне медичне страхування в Україні не набуває популярності через високі страхові внески, а обов'язкове медичне страхування держава вже роками не може впровадити. Проблеми у медичному страхуванні для України і кожного громадянина є дуже актуальними і потребують негайного вирішення.

Найбільшою проблемою у приватній медицині є відсутність закону про приватну медичну діяльність. На кожний вид медичних послуг необхідно оформляти окрему ліцензію. Лікар приватної клініки не має права виписати навіть листок непрацездатності, також він не може виписувати рецепти психотропного препарату. Тому для вирішення цієї проблеми має бути обов'язкове прийняття закону про приватну медичну діяльність і створення програми розвитку медичної галузі. Держава повинна здійснювати ретельний контроль якості медичної допомоги та медичних послуг [4, с. 263-267].

Окремим питанням є реформування закладів охорони здоров'я, насамперед тих, що є у державній і комунальній формах власності. В законодавстві зазначається, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забез-

печення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена (1, ч. 3 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Рівень послуг у більшості закладів охорони здоров'я є дуже низьким.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років передбачає дві головні мети: стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона – потужний інструмент в політиці. Стратегія прояснює обрій для реформи, надає їй структури та демонструє потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я. Вважаю, що Стратегія є документом, який втілить поставлені перед нею завдання. Майбутня система охорони здоров'я повинна базуватися на трьох основних принципах: орієнтованість на людей, результати та на втілення ідеї у життя.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992р. №2801-ХІІ//Відомості Верховної Ради України.-1993.-№4.-Ст.19.
2. Головачова К.Г. Проблеми реалізації прав пацієнтів на медичну допомогу в Україні//Медичне право: проблеми становлення і розвитку : матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007, м. Львів -С.80-85.
3. Куля О.Г. Проблеми медичного обслуговування населення в Україні//Вісник ХНЕУ.-2012р.-№4.-С.1-2.
4. Бідник Н.Б. Медичне страхування в Україні//Вісник Львівського НПУ.-2013.-№10.С.263-269.

Білоусов М.С.,

студент 31 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗУМІННЯ СУТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У сучасних умовах становлення ринкових відносин, категорія послуг набуває все більш універсального характеру. Повною мірою це можна віднести і до сфери охорони здоров'я. Саме тому визначення поняття послуг, що надаються в цій сфері, відпрацювання критеріїв їх якості, все більше актуалізуються.

Вказаним питанням у тій чи іншій мірі приділяли увагу Н.В. Зайцева, О.О. Лавриненко, В.М. Пашков, О.І. Смотров, С.Г. Стеценко, І.Я. Сенюта та деякі інші. Поряд з цим, і по сьогодні відсутнє єдине чітке уявлення про співвідношення категорій медичної допомоги та медичних послуг.

На сьогодні законодавство України не дає чіткого визначення ані поняття «медична допомога», ані поняття «медична послуга».

Питання щодо правової сутності поняття «медична допомога» було предметом розгляду Конституційного Суду України (далі – КСУ) [1]. Крім цього, використовується ще один термін – медична послуга, визначення якого також немає. Як відзначено у вказаному КСУ, зміст поняття «медична послуга» близький до медичної допомоги, але до цього часу залишається не визначеним на законодавчому рівні. У науковців єдиної думки з приводу співвідношення окреслених понять немає, а тому зустрічається їх трактування і як синонімів, і як антонімів, так і тотожних понять.

Більшість учених розмежують поняття «медична послуга» та «медична допомога», як правило, за критерієм оплатності, проте існує і позиція щодо їх ототожнення [2, с. 3].

Заслугує на увагу позиція, відповідно до якої медична послуга є більш широкою категорією, що пояснюється через особливості результату діяльності при наданні медичних послуг і допомоги [3, с. 38]. Зокрема, медична допомога завжди спрямована на досягнення лікувального, діагностичного або профілактичного результату, а при наданні медичної послуги може досягатися не тільки лікувальний (відновлювальний) результат, а ще й додатковий естетичний ефект. Тобто у межах медичної послуги може надаватися і допомога, і додаткова послуга естетичного характеру.

З даною позицією погодитися не можна, по-перше, з огляду на те, що відповідно до ст. 3 Основ, здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів, а оскільки основною метою надання медичної допомоги є підтримання чи відновлення певного стану здоров'я, то в рамках медичної послуги надається медична допомога, навіть якщо метою послуги є виключно естетична складова. По-друге, при такому тлумаченні співвідношення двох понять, про визнання певних дій медичною послугою можна говорити лише за наявності естетичної складової, що не відповідає дійсності.

На нашу думку, медична допомога є ширшим поняттям, ніж медична послуга. Медична допомога може надаватися як у рамках медичних послуг, так і поза ними. Наприклад, ст. 37 Основ передбачає особливості надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях. Першу невідкладну медичну допомогу повинні надавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями. Аналізуючи дану норму, можна дійти висновку, що перелічені вище особи надають не медичні послуги, а медичну допомогу. Водночас медична допомога є змістом медичної послуги.

Виходячи із такого розмежування понять, можна підвести підсумок, визначивши, що відносини, пов'язані із наданням медичних послуг, входять до відносин із наданням медичної допомоги, але не вичерпують їх.

Література:

1. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002. – Електронний ресурс: Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KS02042.html

2. Штерн К.В. Медицинская услуга с позиций определения понятия медицинской помощи // Медицина в Кузбассе. – 2007, № 4. – С. 3–6.

3. Антонов С.В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг : дис.... канд. юрид. наук: 12.00.03 / НАН України. Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького. – К., 2006. – 204 с.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Богодист М.В.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Актуальною проблемою охорони здоров'я є стрімке підвищення якості лікування, призупинення росту захворюваності населення, збільшення тривалості життя, і тому необхідність проведення клінічних випробувань не викликає питань. Перевірка розробленого нового засобу на людині необхідна для попередження ще більшого ризику при його широкому використанні.

Дослідженням даного питання активно займалися такі науковці, як М.І.Жила, В.М.Корнацький, Т.В. Талаєва, О.В.Сілантьєва, Морозов А.М., Ніколаєва В.В. та інші.

Взагалі, клінічні випробування – це вивчення та дослідження лікарських препаратів з метою наступного впровадження перевірених високоєфективних та безпечних засобів, які будуть надавати високі результати лікування і позитивно впливати на якість життя.

З часу незалежності Україна зробила суттєвий крок в сфері проведення клінічних випробувань лікарських засобів – із першого дослідження, який було проведено в 1996р. і до останнього в 2011 році – 279, схвалених Центральною комісією з питань етики МОЗ України. Протягом 1 півріччя 2014 року в Україні спостерігається позитивна динаміка кількості висновків Центру щодо проведення клінічних випробувань: 155 висновків, в тому числі, міжнародних багаточентрових клінічних випробувань – 108 висновків (у I півріччі 2013 року: 123 в тому числі, міжнародних багаточентрових клінічних випробувань – 93 висновків)[1, с.4].

В той же час, згідно оцінкам експертів ринку клінічних випробувань, потенціал України щодо можливості проведення клінічних випробувань використовується лише на 10-15%.

Незважаючи на те, що на сьогодні проводиться подальше удосконалення нормативно-правової бази клінічних випробувань лікарських засобів з метою максимального забезпечення прав, безпеки їх учасників, існує низка проблем при організації та проведенні таких досліджень. Серед них: наявність недоліків у регулюванні митних питань поставок партій незареєстрованих лікарських засобів з метою клінічних випробувань; відсутність належного правового підґрунтя для досліджень на базі лікувально-профілактичних закладів; забезпечення конфіденційності у відповідності до міжнародних вимог; проблеми клінічних випробувань із застосуванням плацебо; дотримання умов страхування [2, с.39].

Відповідно до змін до Податкового кодексу навесні 2014 року було встановлено замість 20% ставки ПДВ ставку 7% для операцій з ввезення медичних препаратів, що використовуються в клінічних випробуваннях. Водночас механізм застосування цієї норми не було врегульовано.

Не зважаючи на роз'яснення МОЗ та роз'яснення Державної фіскальної служби, виникають деякі складнощі при ввезенні лікарських препаратів для клінічних досліджень, тобто митні органи не у всіх випадках розцінюють ввезені препарати як препарати для клінічних досліджень. Вони зазначають, що у деяких випадках препарат не потрапляє в категорію лікарських засобів для клінічних досліджень. Мабуть, це більше стосується суб'єктивного фактору.

Відповідно до Наказу МОЗ від 23.09.2009р №690 "Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань", у п.3.2. вказано: клінічні випробування лікарських засобів проводяться з метою встановлення або підтвердження ефективності та нешкідливості лікарського засобу. Вони можуть проводитися в ЛПЗ, які визначаються центральним органом виконавчої влади, що формує та забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, за наявності рішення про проведення клінічних випробувань ЦОВВ, що приймається на підставі позитивного висновку експертизи матеріалів щодо проведення клінічного випробування, який надається Центром.

Тобто, проведення клінічних випробувань лікарських засобів повинно здійснюватись лікувально-профілактичними закладами в яких знаходяться структурні навчальні та наукові підрозділи вищих медичних закладів. Можливо, розширенням кола закладів які б могли здійснювати ці дослідження можна було прискорити збільшення кількості нових лікарських засобів.

З огляду на вищевикладене доцільно було б детальніше врегулювати питання поставки лікарських засобів, а саме перетин через митну службу. Також можна зазначити, що коло медичних закладів які здійснюють клінічні дослідження лікарських засобів є досить вузьким. У разі, якщо надати право більшому колу суб'єктів здійснювати цю діяльність, то відсоток нових лікарських препаратів збільшився.

Також для більш детально потрібно врегулювати питання конфіденційності, адже при проведенні клінічних досліджень на малолітніх особах, всі документи та інформація йде до органу опіки і піклування, що порушує принцип конфіденційності медичного права.

Література:

1. Інформаційна довідка (за даними роботи Департаменту експертизи матеріалів доклінічних та клінічних випробувань Державного експертного центру МОЗ України) щодо проведення клінічних випробувань лікарських засобів в Україні від 05.08.2014.р.

2. Правові проблеми клінічних випробувань лікарських засобів в Україні / В. М. Корнацький, Т. В. Талаєва, О. В. Сілантьєва // Вісник Академії адвокатури України. – 2012. – Число 2. – С. 39-45.

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

Булатнікова В.В.,

студент 33 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР У ВІДНОСИНАХ ФРАНЧАЙЗИНГУ

Розвиток франчайзингу в Україні поки що проходить свої етапи становлення та потребує більш деталізованого врегулювання, ніж у країнах, у яких франчайзинг уже має багаторічну історію та налагоджену систему функціонування, гармонізовану із чинним законодавством. В нашій країні, з точки зору практики, залишається питання реєстрації процедур, пов'язаних із договором франчайзингу. Серед сучасних науковців, юристів та економістів, дослідженнями договору комерційної концесії займаються, зокрема: Г. Андрощук, В. Денисюк, А. Цірат, а також Д. Стенворт та Б. Сміт.

Досить складним було питання щодо реєстрації договору комерційної концесії (а саме ч. 2 ст. 1118 Цивільного кодексу України та ч. 2 ст. 367 Господарського

кодексу України була передбачена обов'язковість реєстрації договорів комерційної концесії), через що багато підприємців стикались з різного роду проблемами. Ухвалений у 2014 році Порядок реєстрації договорів комерційної концесії, за яким вже в квітні 2015 повинні мали проводити реєстрацію, міг привести до ряду небажаних для франчайзингових гравців наслідків. Але 6 квітня 2015 року офіційно опублікований закон №191 –VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо спрощення умов ведення бізнесу («Закон про дерегуляцію»). Ці зміни є безперечно позитивними, тому що реєстрація договору франчайзингу не є обов'язковою в жодній країні ЄС. Але таке повне скасування державної реєстрації договорів комерційної концесії несе в собі певні ризики збільшення випадків порушення прав користувачів. Ми вважаємо, що треба не скасовувати обов'язкову реєстрацію договорів комерційної концесії, а ухвалити необхідну процедуру їх реєстрації.

На підставі аналізу практики реєстрації франчайзингових відносин у деяких країнах ЄС та з огляду на особливості правової системи України в цілому ми вважаємо, що на Україну в цій сфері мало б позитивний вплив запровадження ситуації яка наявна в Іспанії. Замість реєстрації договорів франчайзингу в цій країні запроваджено обов'язкову реєстрацію франчайзерів, тобто правоволоділців. Мається на увазі не просто реєстрація як суб'єкта господарювання, а саме фіксація в спеціальному Реєстрі франчайзерів. В Іспанії в 2010 р. було прийнято Королівський Указ, згідно з яким визначення умов для надання франшизи, а також визначення порядку реєстрації франчайзерів здійснюється на підставі положень ст. 62 Закону Іспанії «Про роздрібну торгівлю» [3]. В Іспанії в Реєстрі франчайзерів фіксуються відомості про тих суб'єктів господарювання, які здійснюють передачу прав користування певними об'єктами права інтелектуальної власності на основі франчайзингових угод. Якщо суб'єкт господарювання вирішив провадити діяльність із надання франшизи, він повинен надати всю інформацію про себе (zareєструватись як франчайзер) до початку здійснення такої діяльності. [3]. Відсутність реєстрації франчайзера, або надання ним неправдивих відомостей, карається штрафом у розмірі від 6 до 30 тисяч євро [4]. Такими санкціями забезпечується майже безперечна реєстрація всіх франчайзерів, які здійснюють свою діяльність на території Іспанії. Права франчайзі в Іспанії також є достатньо захищеними, адже перед укладенням договору франчайзингу за допомогою Реєстру франчайзерів, вони можуть переконатися, що їхній контрагент не шахрай, а справжній франчайзер, який здійснює господарську діяльність протягом того чи іншого періоду часу.

Мабуть, найефективнішим для України в цій сфері було б запровадження Єдиного реєстру франчайзерів (за аналогією до законодавства Іспанії). Такий реєстр дозволив би вести облік усіх суб'єктів господарювання, які мають намір передавати в користування своє ноу-хау та реєструвати всі укладені франчайзерами угоди франчайзингу. Це дасть змогу в майбутньому потенційним франчайзі дізнатися, скільки контрагентів уже ефективно користується франшизою, який досвід і репутацію набув той чи інший франчайзер та який час правоволоділець уже перебуває на ринку. Щодо конфіденційності інформації, яка міститиметься в Реєстрі франчайзерів, раціональним було б запровадити відкритий доступ до відомостей про франчайзерів як суб'єктів господарювання, а щодо договорів франчайзингу відомості повинні надаватися лише на запит потенційних франчайзі з дозволу правоволоділця.

Отже, пропонуємо закріпити в ЦК України й ГК України механізм реєстрації, що діє в Іспанії й передбачає реєстрацію франчайзерів та укладених ними угод. При

цьому створений в Україні Реєстр франчайзерів під час фіксації відповідних угод повинен передавати відповідну інформацію до Державної служби інтелектуальної власності України з метою захисту прав та інтересів.

Література:

1. Цивільний Кодекс України (ст. 1115 – 1129) [Інтернет ресурс] // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
2. Господарський Кодекс України (ст. 366 – 376) [Інтернет ресурс] // <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
3. Royal Decree 201/2010 of 26 February 2010 // Boletín Oficial del Estado (Official Journal). – 2010. – № 63. – P. 23–28.
4. Torres M. Franchising Activities and Register of Franchisors Royal Decree 201/2010 of 26 February (Official Journal 63, 13 March 2010) and art. 62.2 of Act 7/1996 of 15 January / M. Torres // International Company and Commercial Law Review. – 2010. – № 4. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.tnzabogados.com/docs/ESP_159.pdf.

*Бульбаха К.С.,
студент 43 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ОБ'ЄКТІВ ТА СУБ'ЄКТІВ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Інновація – це якісні зміни у виробництві, котрі можуть стосуватися як техніки і технології, так й форм організації виробництва та управління, пов'язане з науково-технічним прогресом, який передбачає відновлення основних фондів та технологій, удосконалення управління діяльністю підприємства.

Інновація відіграє дуже важливу роль в діяльності підприємств, тому на неї наголошують різні вчені та фахівці, такі як, Ю. Яковець, Л.Л. Антонюк, А.М. Поручник, В.С. Савчук, О. Лапко, А.П. Гречан, кожен з яких вніс свої знання у формування поняття інновації та її роль у діяльності підприємств.

Інноваційна діяльність включає в себе діяльність, пов'язану із трансформацією розробок та наукових досліджень, інших науково-технологічних досягнень у новий чи покращений продукт, що використовується у практичній діяльності.

Важливу роль в даному питанні відіграє те, що діяльність має як об'єктів так і суб'єктів інноваційної діяльності та їхній перелік чітко визначено в ЗУ 'Про інноваційну діяльність', але його тлумачення є не досить зрозумілим. Суб'єктами інноваційної діяльності виступають фізичні і юридичні особи України, фізичні і юридичні особи іноземних держав, особи без громадянства, об'єднання цих осіб, які провадять в Україні інноваційну діяльність. Об'єктами у свою чергу виступають: інноваційні проекти, інтелектуальні продукти, нові знання, виробничі процеси, інфраструктура підприємства, товарна продукція, організаційно-технічні рішення, сировинні ресурси, механізм формування споживчого ринку, збут товарної продукції.

Існує велика кількість об'єктів, але проблема в тому, що найчастіше ними виступають саме інноваційний проект та інноваційний продукт, як результат виконання інноваційного проекту. Інноваційним проектом є комплекс документів, який визначає процедуру і комплекс усіх необхідних заходів щодо створення й реалізації інноваційного продукту або інноваційної продукції. Інноваційний продукт в свою

чергу є новою технологією чи продукцією з виготовлення зразка чи партії для досліджу.

Варто зазначити, що суб'єкти в інноваційній діяльності можна поділити лише на три групи: державні органи управління, фінансово-кредитні інноваційні установи та інноваційні підприємства.

Варто констатувати, що основним суб'єктом є інноваційне підприємство, яким може бути підприємство будь-якої форми власності, якщо більше ніж 70% його продукції у грошовому вимірі є саме інноваційна продукція. Таке підприємство може функціонувати у вигляді технополісу, технопарку, інноваційного центру, бізнес-інкубатора тощо. Найдосконалішими формами підприємств є саме технополіс та технопарк, створенню яких надається виняткове значення. Технополіс – це науково-промисловий комплекс, створений для виробництва нової прогресивної продукції або розроблення нових наукоємких технологій на базі тісних відносин з університетами і науково-технічними центрами. У ньому поєднуються наука, техніка і підприємство, здійснюється тісне співробітництво між академічною наукою, підприємствами, місцевими і центральними органами влади. Технопарк – це наймасштабніші інноваційні центри, в яких забезпечуються умови, максимально сприятливі для науково-технічних інноваційних проєктів, виконуваних спільними зусиллями наукових центрів і промисловості.

Отже, підсумовуючи варто зазначити, що суб'єкти і об'єкти інноваційної діяльності хоч і регулюються Законом України, але для розвитку України їм потрібно більш ширше розкрити на законодавчому рівні та створювати нові розробки, проводити більше наукових досліджень та покращувати вже існуючий продукт інноваційної діяльності.

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

Вовк А.Ю.,

студент 42 групи

ПІОУ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПАРАЛЕЛЬНИЙ ІМПОРТ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Питання доступності лікарських засобів є надзвичайно актуальним сьогодні в умовах кризи економіки та зростання цін в рази. Конституція України гарантує право на охорону здоров'я та встановлює, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, зокрема доступних лікарських засобів (ст. 49 Конституції). В Законі України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. в ч.2 ст.3 зазначається, що «з метою реалізації права громадян України на охорону здоров'я держава забезпечує доступність найнеобхідніших лікарських засобів». Тобто держава, закріпивши ці положення на законодавчому рівня, зобов'язалася гарантувати населенню лікарські засоби за доступною ціною. Наразі ціна ліків в аптеках є очевидним доказом, що держава не виконує взятих на себе зобов'язань.

Дане питання досліджувалось в наукових працях О. Баула, О. Кашинцева, Ю. Капіца, В. Пашков, О. Галацан, Д.Задихайло, В.Завгородній, В.Лехан, А. Немченко та інші.

Метою дослідження є обґрунтування необхідності легалізації паралельного імпорту лікарських засобів, як одного із гнучких положень угоди TRIPS, що дозволяють вирішити питання доступності ліків для населення.

Україна стала учасницею СОТ у 2008 році, де однією із умов вступу було приведення національного законодавства у відповідність до Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності (TRIPS), яка є однією з багатосторонніх торговельних угод, які приймаються усіма членами Світової організації торгівлі (СОТ) [2]. Станом на 26 квітня 2015 року членами СОТ, зокрема і учасниками Угоди TRIPS є 161 країна, а це більше 96% обсягів світової торгівлі. Також варто врахувати, що країни, які розвиваються не мають достатнього наукового та технологічного потенціалу, а тому змушені імпортувати лікарські засоби із економічно розвинутих країн, що ще більше загострює проблему відтоку коштів тих країн, які й так є бідними. Враховуючи вказаний стан речей, при прийнятті Угоди TRIPS і вступі до СОТ країни можуть скористатися певним пільговим періодом, за який вони зможуть пристосувати свої національні законодавства до належної охорони прав на об'єкти інтелектуальної власності [3].

Угодою TRIPS контролюється широкий спектр питання з авторського права і суміжних прав промислових зразків, торговельних марок, захисту прав тощо. Головна проблема, котра впливає із захисту прав на інтелектуальну власність на лікарські засоби полягає у тому, що ціна препаратів встановлюється власником патенту. Часто ціна встановлюється із метою отримання щонайбільшого прибутку від реалізації ліків, і тому їх вартість в аптеках в разі і десятки разів перевищує реальну їх вартість, що й робить ліки недоступними чи малодоступними для споживачів.

Аналіз норм чинного законодавства України дозволяє зробити висновки, що Україна застосовує посилені вимоги до охорони інтелектуальної власності, а це створює можливість застосування так званих «гнучких елементів» Угоди TRIPS. Підтвердженням цього є відсутність в Україні нормативного визначення паралельного імпорту, на його заміну національне законодавство вводить поняттям «контрафактні товари». У п. 17 ч. 1 ст. 4 Митного кодексу України від 13.03.2012 р. №4495-VI під контрафактними товарами розуміються товари, що містять об'єкти права інтелектуальної власності, ввезення яких на митну територію України або вивезення з цієї території є порушенням прав інтелектуальної власності, що охороняються відповідно до закону. Можна побачити, що паралельний імпорт впливає із безпосереднього застосування принципу вичерпання прав. Отже, дане питання недостатньо врегульовано на законодавчому рівні.

Механізм паралельного імпорту серед інших «гнучких елементів» Угоди TRIPS має неабияку ефективність в іноземних державах. Згадується він в Угоді TRIPS через пряме визначення вст. 6 Угоди TRIPS «дозволено державам самостійно визначати, коли саме настане момент вичерпання прав інтелектуальної власності та вибрати принцип вичерпання прав, який буде застосований і до їх правових режимів», тобто «обмеження інтелектуальної власності не урізає його застосування». Впровадження більш обмежуючого режиму є положенням TRIPS-плюс.

Паралельний імпорт реалізується через такий механізм: виробники та дистриб'ютори лікарських засобів встановлюють різні ціни на свою продукцію на різних ринках. За умов здійснення паралельного імпорту патентовані фармацевтичні засоби можна купувати в одних країнах за певною ціною, що нижча за ціну, встановлену для других країн. Після цього лікарські засоби імпортуються у другі країни та реалізуються там за середніми цінами [1]. Майнова шкода для патентовласників від паралельного імпорту звісно є, оскільки він здійснюється без згоди патентовласників, а законність таких операцій залежить від принципу вичер-

пання прав, який визначений національним законодавством, але вона виправдана захистом інтересів населення. Держава самостійно обирає для себе вид вичерпання прав та має певні правові наслідки. Загальноприйнятими вважаються три режими вичерпання таких прав: національний, регіональний і міжнародний. Під національним режимом вбачається, що об'єкт інтелектуальної власності є вичерпаними, коли товар, в якому використано такий інтелектуальний об'єкт, вводиться в цивільний оборот правоволодільцем всередині країни. Регіональне вичерпання означає вичерпання прав на об'єкт інтелектуальної власності в межах країн будь-якого регіону, наприклад, в країнах ЄС. За принципом міжнародного вичерпання прав перший продаж патентованого продукту вичерпує контроль власника патенту над цим конкретним продуктом. Цей принцип був застосований Верховним судом США у справі *Kirt saeng* проти *John Wiley & Sons Inc.* Від 19 березня 2013 р. Тобто, власник продавши цей товар у будь-якій країні, вже не може забороняти цим покупцям подальше розпорядження товаром і вже новий власник може переміщати товар за кордоні здійснювати там його реалізацію. Проте, життя і здоров'я людини та населення, забезпечення доступу споживачів до лікарських засобів в кожній державі, зокрема і в Україні, захищається і стоїть переважно на першому місці, тому найкращий принцип – принцип міжнародного вичерпання прав, оскільки він є реальним механізмом для України здійснювати паралельний імпорту і цим самим здешевлювати оригінальні лікарські засоби. Застосування механізму паралельного імпорту приносить значно більші результати і дає можливість безпечношого використання медичних препаратів на відміну від стимулювання обігу генеричних лікарських засобів.

До того ж ані Угода TRIPS, ані Паризька конвенція про охорону промислової власності не забороняють паралельного імпорту. Також право на застосування паралельного імпорту, зокрема, для країн, що розвиваються, було також підтверджено Дохійською декларацією про Угоду TRIPS і громадське здоров'я, прийнятої 30 серпня 2003 року на 4-тій Конференції міністрів СОТ у Доці (Катар) та подальшою Поправкою про експорт в умовах обов'язкової ліцензії. У Декларації зокрема зазначається, що положення Угоди TRIPS не можуть суперечити праву країн-членів здійснювати відповідні заходи для захисту суспільного здоров'я, зокрема, було підкреслено право країн, що розвиваються, на використання цього гнучкого положення [1].

Отже, на нашу думку, в умовах сьогодення і економічної неоднозначності ринку ліків та надмірної ціни на лікарські засоби, законодавцю доцільно було б відмовитись від теперішнього правового регулювання даного питання і запровадити механізм паралельного імпорту в Україні, задля нормалізації цін на лікарські засоби та зробити їх доступними для населення, як реалізацію гарантії права на охорону здоров'я та життя людини.

Література:

1. Москалюк Н.Б. Теоретичні передумови та практичні аспекти паралельного імпорту в системі реалізації прав інтелектуальної власності на лікарські засоби. / Н.Б. Москалюк // Часопис Академії адвокатури України. – 2013р. – №20. – С. 1-6
2. Пашков В. Проблеми застосування окремих положень угоди TRIPS на фармацевтичному ринку / В. Пашков // Вісник національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія і право. – X.: Право, 2013. – №4(15) – С. 184-195.

3. Стан національного законодавства України: можливості використання гнучкості ТРПС. Довідкова інформація [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.convdocs.org/docs/index-149838.html> (09.09.13).

*Волошко А.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОБІЧНИХ ЛІСОВИХ КОРИСТУВАНЬ

Ліси є важливими компонентами навколишнього природного середовища. Їх використання має важливе значення для користувачів даного виду природокористування та значною мірою залежать від їх охорони, ефективного лісовпорядкування, державного регулювання розвитку галузі.

Теоретичні основи комплексного використання і відновлення лісових ресурсів знаходяться в центрі наукових досліджень багатьох вітчизняних і зарубіжних вчених. Значну увагу цим питанням приділяли М.М.Бойко, К.Р.Голднер, М.О.Данилюк, М.І.Долішній, Б.І.Дяченко, А.А.Златнік, В.М.Кучерук, В.Р.Лещій, О.І.Мельник, В.П.Мікловда, В.П.Непийвода, В.І.Пила, М.Ю.Руцак, Ю.Ю. Туниця, О.І.Фурдичко, Т.М.Шкіря, І.Р.Юхновський, В.І.Ярема, та ін. [1, с. 3].

Як зазначає науковець Людмила Кургузенкова, то ліси становлять майже 1/3 поверхні земної кулі. Значущість лісів розкривається через те, що вони є відновлювальними ресурсами і виробляють приблизно дві третини органічної речовини, що створюється на Землі [4, с. 34].

У свою чергу, відповідно до ст. 6 Лісового кодексу України [2, Ст. 99]: під лісовими ресурсами розуміють деревні, технічні, лікарські та інші продукти лісу, що використовуються для задоволення потреб населення і виробництва та відтворюються у процесі формування лісових природних комплексів.

Відповідно до ст. 65 Лісового кодексу України: використання лісових ресурсів може здійснюватися в порядку загального і спеціального використання.

Згідно зі ст. 73 Лісового кодексу України: до побічних лісових користувань належать: заготівля сіна, випасання худоби, розміщення пасік, заготівля дикорослих плодів, горіхів, грибів, ягід, лікарських рослин, збирання лісової підстилки, заготівля очерету.

Тобто, з урахуванням наведеного вище можна зазначити, що ліси є великим надбанням і використання лісових ресурсів повинне здійснюватися на умовах та у відповідному порядку, щоб не допустити їх знищення чи навіть пошкодження. Адже, ліси приносять багато користі і спрямовані на задоволення різних потреб населення.

Продукти побічного користування лісом відіграють велику комерційну роль. Міжнародній торгівлі підлягають не менше як 150 різних різновидів продуктів. Лісові ягоди і гриби в основному реалізують для особистого споживання або на промисловому перероблення на місцевому ринку. Проте деякі види грибів відіграють важливу роль й у міжнародній торгівлі [5, с.36-43].

На загальнотеоретичному рівні виділяють дві групи побічних лісових користувань. А саме, до першої віднесені побічні лісові користування, об'єктом яких є ліс: заготівля (збирання) дикорослих плодів, горіхів, грибів, ягід, лікарських рослин; заготівля деревних соків; збирання лісової підстилки.

До другої – не тільки ліс, а й землі лісового фонду, не покриті лісом: для розміщення пасік, заготівлі сіна і випасання худоби, заготівлі очерету [4, с.62].

Дійсно, ці дві групи дають можливість встановити деяку диференціацію побічних лісових користувань, встановити особливості правового статусу самих об'єктів та особливості здійснення користування зазначеними об'єктами.

Характеризуючи особливості побічних лісових користувань, слід зазначити, що вони мають тимчасовий характер. Так, заготівля рослинної сировини на тій самій території проводиться періодично, зокрема: суцвіть, плодів, інших надземних органів однорічних рослин – один раз на два роки; надземних частин багаторічних рослин (стебла, листя, бруньки) – один раз на п'ять років; підземних частин всіх рослин (коріння, кореневища, бульби, цибулини) – один раз у десять років. При заготівлі деревних соків сезон підсочки починається з настанням вегетаційного періоду [5, с. 3].

Дотримання встановлених обов'язків є необхідним базисом для здійснення побічного лісового користування, оскільки забезпечить збереження великого масиву лісових об'єктів, підтримання їх існування у природному стані і встановлення меж для користувачів, щоб не допустити зловживання відповідними правами.

З метою раціонального використання другорядних лісових матеріалів, невиснажливого здійснення побічних лісових користувань для задоволення потреб населення і виробництва, з посиланням на Постанову КМУ «Про затвердження Порядку заготівлі другорядних лісових матеріалів і здійснення побічних лісових користувань в лісах України» [3] обсяги щорічних заготівель не деревних ресурсів лісу встановлюють постійні лісокористувачі на підставі матеріалів лісовпорядкування (п. 19). Заготівля дикорослих плодів, горіхів, грибів, ягід, лікарських рослин, технічної сировини провадиться способами, що не виснажують їх ресурсів (п. 20). Заборонено збір рослин та грибів, занесених до Червоної книги України (п.21).

Отже, здійснення побічних лісових користувань в Україні має велику актуальність, особливо серед жителів сільських місцевостей, і тому процес їх здійснення потребує встановлення чітких меж їх реалізації. Це питання врегульовано чинним законодавством і ставить за мету забезпечити громадянам вільний доступ до лісових об'єктів для здійснення побічних користувань.

Література:

1. Бойко Я.М. Механізми розвитку лісового господарства регіону (на прикладі Закарпатської області). Автореф. дисертації на здобуття наукового ступеня к. е-п наук. – Ужгород, 2010. – 22 с.

2. Лісовий кодекс України від 21.01.1994р. № 17 // Відом. Верхов. Ради України. – 1994. – №.17. – Ст.99.

3. Про затвердження Порядку заготівлі другорядних лісових матеріалів і здійснення побічних лісових користувань в лісах України: постанова Кабінету Міністрів України від 23.04.1996 р. N 449 // [Електронний ресурс]: <http://zakon3.rada.gov.ua/>.

4. Кургузенкова Л.І. Побічне користування в діяльності лісгосподарських підприємств // Науковий вісник НЛТУ України. – 2010. – Вип. 20.8. – С. 260.

5. Сахарницька Л.І. Раціональне використання продуктів побічного користування лісу – запорука сталого розвитку лісових екосистем. Теорія і практика природокористування – збалансоване природокористування // Науково-практичний журнал «Збалансоване природокористування». – 2014. – № 1. – С. 36-43.

Науковий керівник: к.ю.н.,доц. Троцька М.В.

*Давіденко С.В., Тимошенко А.В.,
студенти 4 курсу Вінницького національного
медичного університету ім.М.І.Пирогова*

АСПЕКТИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ТА РЕСТРИКТУРИЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Актуальність: Ситуація щодо туберкульозу в Україні досить складна. Туберкульоз не є тільки медичною проблемою. Це – проблема соціальна, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень та благополуччя населення, ступінь розвитку охорони здоров'я, у тому числі і фтизіатричної служби. І ця недуга останнім часом викликає велике занепокоєння в Україні і в МОЗ України зокрема. Виходячи з цього назріла нагальна потреба реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби та оптимізації протитуберкульозних заходів, які слід проводити на засадах рекомендацій ВООЗ, впроваджуючи ДОТС-стратегію боротьби з туберкульозом, адаптовану до українських національних умов.

Завдання: 1) поліпшення контролю за туберкульозом в країні, зменшення економічних збитків суспільству, спричинених туберкульозом, завдяки поліпшенню виявлення і лікування хворих і зменшення резервуару туберкульозної інфекції. 2) формування політичної волі щодо постійної підтримки адаптованої ДОТС-стратегії з боку національної і регіональної влади. 3) регулярне безперебійне постачання протитуберкульозних препаратів гарантованої якості. 4) впровадження стандартної системи реєстрації і звітності, яка базується на кварталному когортному аналізі, що дозволить оцінювати наслідки лікування хворих та ефективність програми боротьби з туберкульозом в цілому. 5) запровадження “Національної програми контролю за туберкульозом в Україні на 2016-2021 роки”.

Шляхи вдосконалення:

- створення вертикалі управління всією протитуберкульозною службою;
- перегляд структури і функцій протитуберкульозних санаторіїв, створення хоспісів;
- скорочення нерентабельних протитуберкульозних санаторіїв, малопотужних диспансерів;
- інтеграція протитуберкульозної служби із загальнолікарняною мережею;
- залучення недержавних організацій до проведення контрольованої амбулаторної хіміотерапії;
- удосконалення діяльності лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу;
- співпраця і координація діяльності громадських організацій щодо туберкульозу;
- розробка і втілення державної системи моніторингу туберкульозу, обліково-звітної документації, адаптованих до Міжнародних норм і стандартів;
- вилікування не лише 90–95% хворих на туберкульоз, а й запобігання ускладнень, розвитку хронічних форм та рецидиву, ліквідації летальності, зменшення захворюваності та інфікованості а також, як наслідок медикаментозної стійкості, зменшення резервуару туберкульозної інфекції;
- пробне лікування туберкульозу сумнівної активності;
- попереджувальна хіміотерапія туберкульозу (хіміопрофілактика);

- максимальне виявлення осіб з підозрілими на туберкульоз клінічними та рентгенологічними симптомами, з їх подальшим обстеженням для підтвердження або заперечення туберкульозу;
- розробити і впровадити нові підходи санітарної профілактики у вогнищах туберкульозної інфекції. Визначити доцільність переходу на дезінфекцію ультрафіолетовими променями, пілозбираючими засобами, природним провітрюванням, замість хімічних дезінфікуючих розчинів;
- соціальна профілактика (створення умов і реалізація заходів щодо запобігання розповсюдження туберкульозу серед соціально-дезадаптованих верств населення);
- зберегти існуючу інфраструктуру протитуберкульозної служби, провідним методом функціонування якої є метод диспансеризації;
- вивчити диспансерну роботу щодо модернізації системи обліку, звітності на підставі сучасних інформаційних технологій та адаптувати їх до міжнародних стандартів;
- розробити Всеукраїнську програму "Моніторинг туберкульозу" та створити на базі Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України державні регіональні центри інформаційних технологій з формуванням та динамічним оновленням баз даних на основі модернізованих і затверджених статистичних облікових та звітних форм;
- розробити та впровадити єдину уніфіковану програму підготовки студентів, інтернів, та лікарів з постійним оновленням освітніх програм;
- вивчити епідемічні тенденції туберкульозу в країні та її регіонах, інфікованість, географію хіміорезистентного туберкульозу, ефективність лікування хворих на туберкульоз короткостроковим курсом та його вдосконалення. Вивчити ефективність та доцільність ревакцинації в 7 і 14 років. Розробити організаційні форми і методи лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз;
- вдосконалити соціальний захист на туберкульоз і медичного персоналу;
- налагодити обмін інформації з країнами – сусідами щодо епідемічної ситуації з туберкульозу. Благодійні внески та кредитні асигнування, пожертвування використовувати для розвитку пріоритетних напрямів боротьби з туберкульозом, регламентованих цією концепцією та національною програмою боротьби з туберкульозом в Україні. Вивчити досвід функціонування та ефективності туберкульозних програм інших країн і найкращі застосовувати в Україні.

Ресурси: кошти проекту МБРР; державний бюджет в рамках Національної програми боротьби з туберкульозом; місцеві бюджети в рамках регіональних програм; гранти, кошти громадських організацій та інших донорів; кошти від медичного страхування. Висновки: Вказані принципи повинні стати основою для медичних, урядових і неурядових організацій та засобів масової інформації, для регламентації основних принципів і заходів протитуберкульозної роботи з урахуванням національних і міжнародних досягнень в ділянці організаційних форм і методів боротьби з туберкульозом та соціально-економічних умов що склалися. Про вдосконалення реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби в Україні можуть слугувати основні індикатори цієї концепції: показники рентабельності та ефективності протитуберкульозних заходів; виявлення до 70% бактеріовиділювачів в структурі нових хворих туберкульозом;вилікування до 90 % хворих на вперше діа-

гностований туберкульоз легень; щорічне зменшення захворюваності та смертності від туберкульозу.

Література:

1. Концепція реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби та оптимізації протитуберкульозних заходів в Україні в умовах соціально-економічної кризи та недостатнього фінансування / Ю.І.Фещенко, В.Ф.Москаленко, В.М.Мельник та інші // Укр. пульмон. журн. – 2001. – № 1. – С. 8 – 13.

*Гарліньська В.А.,
студент 34 групи*

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

**НЕДОГОВІРНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ЩОДО НАДАННЯ ЕКСТРЕНІЙ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИВАТНИМИ ЗАКЛАДАМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

На сьогоднішній день, в умовах ринкової економіки, досить актуальним є питання щодо виникнення зобов'язань з надання оплатних медичних послуг та виникнення на їх основі недоговірних зобов'язань. Розробкою питань щодо підстав виникнення недоговірних зобов'язань займалися В.М. Ігнатенко, М.М. Самофал, Ю.О. Заїка, Є.О. Харитонов та інші.

Найпоширенішою підставою виникнення цивільних правовідносин з оплатного надання медичних послуг є договір. На договір про надання медичних послуг поширюються загальні положення цивільного права про правочин і договір[2, с.41]. З огляду на це, ми можемо виокремити загальні умови, які повинен містити такий договір, а саме: предмет, ціна, строк дії договору, права та обов'язки сторін. Якщо детальніше підійти до аналізу деяких умов, то варто виділити наступне: предмет такого договору визначається конкретна медична послуга, яка споживається в процесі вчинення дій або провадження медичної діяльності. Тобто, з урахуванням норм цивільно законодавства, ми визначасмо лікаря (медичний заклад) як виконавця, а пацієнта відповідно як споживача. Ціна такої послуги зазначається у договорі про надання медичних послуг. Відповідно до статті 526 Цивільного кодексу України зобов'язання має виконуватися належним чином відповідно до умов договору. Але на практиці виникають випадки, коли існує необхідність вчинити дії необумовлені договором, особливо, якщо це стосується медичної сфери, тобто виникають зобов'язань з надання медичних послуг у рамках недоговірних правовідносин. Як бути тоді?

Під недоговірними зобов'язаннями розуміють ті, що покликані врегулювати нормальні в непорушеному стані відносини між суб'єктами цивільного права і при цьому виникають із правомірних підстав за межами договору[3, с.70].

У пункті одинадцяті статті 10 Закону України «Про захист прав споживачів» визначається, що якщо під час виконання робіт (надання послуг) виникає необхідність у додаткових роботах (послугах), що не були передбачені умовами договору, виконавець зобов'язаний одержати від споживача дозвіл на виконання таких робіт (надання послуг). Будь-які додаткові роботи (послуги), виконані (надані) виконавцем без згоди споживача, не створюють для споживача будь-яких зобов'язань щодо їх оплати. Також, частина перша статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначає, що медичне втручання може проводитися лише за наявності інформованої згоди особи, щодо якої воно здійснюється. Таким

чином, остання є однією з важливих умов здійснення медичного втручання. Водночас частина 5 статті 284 Цивільного Кодексу України встановлює, що у невідкладних випадках, якщо існує реальна загроза життю, відповідні спеціальні суб'єкти можуть надавати медичну допомогу і без згоди фізичної особи, її опікунів, піклувальників, батьків, усивлювачів [1, с.154]. З огляду на зміст цієї норми необхідно визначити порядок та загальні засади надання такої допомоги. Відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», а саме частини один статті 3 цього закону, на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону, екстрена медична допомога визначається як медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Також, стаття 5 вищезгаданого закону встановлює загальний обов'язок закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, надати необхідну медичну допомогу відповідно до стану особи. Відмова у наданні медичної допомоги такому пацієнту або створення перешкод у її наданні не допускається і тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом. З огляду на це, ми можемо говорити про те, що надання такої медичної допомоги не може співвідноситися з медичною послугою, обумовленою договором про надання медичних послуг і відповідно не покладає на особу жодних додаткових обтяжень щодо її оплати, оскільки надання медичної допомоги у невідкладних випадках є обов'язком спеціальних суб'єктів.

Отже, узагальнюючи вищезазначене, ми можемо зробити висновок, що попри наявність договору про надання медичних послуг, де обумовлюється чіткий перелік дій виконавця, законодавство України зобов'язує в разі виникнення у особи, яка споживає відповідну послугу, загрозового для життя стану, надати закладом охорони здоров'я екстрену медичну допомогу, незалежно від форми власності такого закладу. При цьому, враховуючи загальні засади надання такої медичної допомоги, а саме те, що кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, екстрену медичну допомогу, заклад не може звернутися до особи, життя якої було врятовано, з вимогою оплатити дану допомогу.

Література:

1. Самофал М.М. // Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг // Вісник Вищої ради юстиції.-2013-№1-с.153-160
2. Кізлова О.С. // Договір про надання медичних послуг як цивільно-правовий договір // Право і суспільство.-2014-№2-с.39-44
3. Ігнатенко В.М. // Виконання недовірливих регулятивних зобов'язань // Теорія і практика правознавства : електр. наук. фахове вид.- 2012. – С. 70-79
4. Закон України «Про захист справ споживачів»: станом на 2015р. //ВВР,-1991.
5. Цивільний кодекс України: станом на 2015р. // ВВР-2003
6. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // ВВР,- 1993- № 4.
7. Закон України «Про екстрену медичну допомогу»: станом на 2015р. // Відомості Верховної Ради (ВВР),- 2013,- № 30.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Гахович Д.О.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СІЛЬСЬКОГО ЗЕЛЕНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ

Сільський зелений туризм набув масового розвитку з другої половини ХХ ст. Саме тоді у Великобританії поширюється концепція «Bed & Breakfast» – тимчасове проживання у порожніх кімнатах будинків, незалежно від місця їхнього розташування. З часом зі спектра нічліжних закладів типу "В & В" виокремлюється відпочинок власне у сільських будинках та міні-готелях, розташованих у сільській місцевості [1, с. 175].

Розвиток сільського туризму є потенційно важливим чинником поживлення економічного та культурного життя в сільській місцевості, він дозволяє частково вирішити проблему із зайнятістю населення. Основним стримуючим чинником цього процесу є відсутність належного правового регулювання цього виду діяльності.

Основними завданнями цього дослідження є аналіз правового регулювання сільського зеленого туризму та шляхів удосконалення законодавства в даній сфері.

Проблеми та перспективи розвитку і функціонування туристичної сфери, зокрема сільського зеленого туризму, досліджували такі відомі вчені, як Л. Г. Агафонов, І. В. Безуглий, О. О. Бейдик, Б. І. Вихристенко, І. П. Гаврилишин, Б. І. Герасименко, Л. С. Гринів, П. В. Гудзь, В. Г. Гуляєв, М. І. Долішній, А. П. Дурович, В. К. Євдокименко, Г. В. Казачковська, В. Д. Калитюк, Г. А. Карпова, В. І. Карсекін, В. А. Квартальнов, В. Ф. Кифяк, П. Ф. Коваль, Н. Й. Коніщева, В. С. Кравців, Н. Н. Кузнецова, О. О. Любіцева, М. П. Мальська, В. К. Мамутов, Г. А. Папіряк, С. І. Попович, І. Л. Сазонець, Т. Г. Сокол, В. К. Федорченко, С. В. Хлоп'як, В. В. Худо, В. І. Цибух, Ю. Н. Чоботар, І. М. Школа та ін.

Правове регулювання сільського туризму знайшло своє відображення в Законі України «Про внесення змін до Закону України Про туризм» від 18.11.2003 (ст. 4) [2], в якому сільський туризм визначено як один із видів туризму. Також у ст. 1 Закону України «Про особисте селянське господарство» від 15.05.2003 [3] закріплено право особистих селянських господарств займатися сільським зеленим туризмом. Існує низка підзаконних нормативно-правових актів, такі як Указ Президента України «Про Основні засади розвитку соціальної сфери села» від 20.12.2000 № 1356/2000 в якому зазначено, що метою соціальної політики на селі є забезпечення належного життєвого рівня сільського населення, що стане основою поліпшення демографічної ситуації і розвитку села. Для досягнення цієї мети необхідно реалізувати такі основні завдання: залучення приватного сектора у сільській місцевості до рекреаційно-туристичного підприємництва та підсобної діяльності у сфері туризму (сільського зеленого туризму) [7]. У постанові Кабінету Міністрів України № 1158 від 19.09.2007р. «Державна цільова програма розвитку українського села на період до 2015 року» зазначено про сприяння диверсифікації підприємницької діяльності в сільській місцевості, розвитку сільського туризму, відродженню підсобних промислів та ремесел [8].

На думку науковців, сільський зелений туризм – це специфічна форма відпочинку в приватних господарствах сільської місцевості з використанням майна та трудових ресурсів особистого селянського, підсобного або фермерського господар-

ства, природно-рекреаційних особливостей місцевості та культурної, історичної та етнографічної спадщини регіону [5, с. 139].

У світі сільський зелений туризм розглядається як альтернатива сільському господарству за розмірами отриманих прибутків. До того ж, розвиток інфраструктури сільського туризму не вимагає таких значних капіталовкладень, як інші види туризму і може здійснюватися за рахунок коштів самих селян без додаткових інвестицій [6, с. 56].

Скорочення міграції з сіл до міст надасть змогу заощадити значні фінансові й матеріальні ресурси, адже, за підрахунками експертів Європейського банку реконструкції та розвитку, облаштування в місті вихідця з сільської місцевості в 20 разів дорожче, ніж створення умов для його життя і роботи в селі [4].

Сьогодні, розвиток сільського зеленого туризму в Україні обмежують і гальмують такі фактори: політико-економічна нестабільність у державі; відсутність належного правового забезпечення розвитку сільського зеленого туризму; відсутність механізму раціонального та екологічно збалансованого використання природного та історико-культурного потенціалу для потреб туризму; низький рівень інфраструктури та комунікацій; недостатній рівень кадрового та рекламно інформаційного забезпечення [5, с. 141].

На нашу думку, відсутність чітко регламентованої стратегії розвитку сільського туризму негативно впливає на економічний стан жителів села окремого взятого регіону та в державі в цілому. Враховуючи, що більшість земель в Україні сільськогосподарського призначення, а також велику частку сільського населення, то державна підтримка розвитку даного напрямку могла б поліпшити проблему зайнятості жителів села.

Ми розділяємо думку В. І. Бирковича, що для усунення наявних нормативно-правових прогалин у цій сфері та забезпечення пріоритетності розвитку сільського зеленого туризму доцільно прийняти окремий закон прямої дії «Про сільський зелений туризм», проект якого розроблено за ініціативою Спілки сприяння розвитку сільського зеленого туризму в Україні та Інституту сільського розвитку і подано на розгляд до Верховної Ради 23.10.2003 під № 4299 [5, с. 141].

Проаналізувавши законопроект, можна виділити позитивні, а також негативні аспекти. До позитивних можна віднести те, що визначено організаційні форми та види сільського туризму, суб'єктів, що здійснюють та/або забезпечують туристичну діяльність в сфері сільського туризму, державну політику та державне регулювання в сфері сільського та сільського зеленого туризму, права та обов'язки суб'єктів туристичної діяльності.

На нашу думку, не можливо погодитися із ст. 12 проекту Закону України «Про сільський зелений туризм» щодо фінансового забезпечення відповідальності сільських господарів, що здійснюють діяльність в сфері туризму. Мінімальний розмір такого фінансового забезпечення, за проектом, має становити суму, еквівалентну не менше ніж 500 євро.

Потребує суттєвого доопрацювання ст. 20 проекту Закону України «Про сільський зелений туризм», за яким сільські господарі можуть вести діяльність з надання туристичних послуг в сфері сільського туризму без реєстрації як суб'єкти підприємницької діяльності в разі, якщо кількість туристів, що одночасно приймаються, не перевищує 8 осіб, а також щодо обов'язків сільських господарів в сфері

збереження довкілля, а саме, обов'язку ліквідувати дікі смітники вздовж доріг, річок, на околицях лісових масивів тощо.

Таким чином, сільський зелений туризм є перспективним напрямком розвитку туризму в Україні. Вдосконалення законодавчого регулювання та державна підтримка дозволить покращити ситуацію зайнятості на селі та економічного благополуччя його жителів.

Література:

1. Столярчук П., Домінюк В. Аналіз європейського досвіду організації сільського зеленого туризму та його категоризації. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/6640/1/35.pdf>

2. Про внесення змін до Закону України Про туризм : Закон України від 18.11.2003 р., № 1282-IV // ВВР України. – 2004. – №13. – Ст.180.

3. Про особисте селянське господарство : Закон України від 15.05.2003 р., № 742-IV // ВВР України. – 2003. – №29. – Ст.232.

4. Биркович В. І. Державне регулювання сфери туризму на регіональному рівні : Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В. І.Биркович; Гуманіт. ун-т "Запоріж. ін-т держ. та муніцип. упр.". – Запоріжжя, 2007. – 20 с.

5. Биркович В. І. Сільський зелений туризм – пріоритет розвитку туристичної галузі України // Стратегічні пріоритети. – № 1(6). – 2008. – С. 138 – 143.

6. Актуальні проблеми та перспективи розвитку туристичного і готельно-ресторанного бізнесу в Запорізькому регіоні: монографія / За заг. ред. проф. В. М. Зайцевої. – Запоріжжя: ТОВ «ЛПРС» ЛТД, 2012. – 400 с.

7. Про Основні засади розвитку соціальної сфери села : Указ Президента України від 20.12.2000 № 1356/2000 // Офіційний вісник України. – 2001. – №51. – Ст.27.

8. Про затвердження Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 19.09.2007 № 1158 // Офіційний вісник України. – 2007. – №73. – Ст.7.

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

Гахович Д.О.,

студент 42 групи

ШОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ЯК СОЦІАЛЬНИЙ РЕГУЛЯТОР МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Зростання ролі медичних працівників як активних виконавців лікувальних процедур у медично-профілактичній діяльності стимулює пошук нових підходів до оцінки рівня розвитку їх особистісних якостей, дослідження тих із них, які зумовлюють успішність професійної діяльності [1, с. 121].

Відповідно до відомої типології С. Климova, професія медичного працівника належить до типу професій «людина – людина». На всіх етапах медичної практики відбувається контакт з пацієнтом: діагностика, консультації, лікування або профілактичні дії [1, с. 126].

Значну увагу дослідників привертало питання медичної етики та її поєднання з професійною культурою. Питання медичної етики досліджували: Ю. Г. Віленський, А. А. Грандо, Н. М. Касевич, В. Ф. Москаленко, П. С. Назар, Н. В. Пасечко, М. В. Попов, І. Я. Сенюта та ін.

Метою даного дослідження є аналіз медичної етики як соціального регулятора медичної діяльності.

З метою упорядкування непротиставлених (а інколи суперечливих) «відносин» біоетики та медичного права протягом другої половини ХХ сторіччя робилися численні спроби розробити систематизовані акти, які б у собі поєднували гармонійні ціннісні етичні стандарти та загальнообов'язковий механізм дотримання правових норм. Саме тому з'явилися Етичні кодекси [3, с. 30].

В Україні Етичний кодекс лікаря України прийнято та підписано на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та Х З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р. [4].

Цей Кодекс призначений для застосування у сфері професійної діяльності лікарів і науковців, яка охоплює пренатальне та постнатальне життя і здоров'я людини, її народження та смерть [4].

Але на відміну від кодексів, які є систематизованими актами законодавства України та регулюють правовідносини у різних сферах суспільного життя, етичний кодекс не породжує сам по собі ніяких юридичних наслідків за порушення його норм.

Перші наукові узагальнення народного досвіду лікування знаходимо в працях Гіппократа (V–VI ст. до н. е.) та інших вчених Стародавніх Греції і Риму. У «Клятві Гіппократа» чітко сформульовано професійний обов'язок лікаря: «Чесно і непорочно провадитиму своє життя і творитиму своє мистецтво». Етика Гіппократа, побудована на принципах гуманізму, здобула визнання в багатьох країнах світу і сотні років є підґрунтям, на якому базується медична етика (Етика Персівала, 1703; Кодекс Американської Медичної Асоціації, 1848; Женевська декларація, 1948; Присяга лікаря Радянського Союзу, 1971 тощо) [5, с. 179].

Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації у 1949 р., із змінами і доповненнями 1968, 1983, 1994 рр. – документ, що визначає критерії неетичності в поведінці медичного працівника, а також – обов'язку лікаря у відношенні до хворого і один до одного. Даний кодекс містить положення, при якому завжди, коли обстеження або лікування вимагають знань, що перевищують здібності лікаря, він повинен запросити інших лікарів, що мають відповідну кваліфікацію. Лікарська таємниця, як поняття, що знайшло своє віддзеркалення у правових документах з охорони здоров'я, також представлена в Міжнародному кодексі медичної етики. Йдеться про положення Кодексу: « Лікар повинен зберігати абсолютну конфіденційність у всьому, що стосується пацієнтів, які йому довіряються ». Дане положення містить зв'язок морально-етичних і правових норм у регулюванні медичної діяльності [7, с. 88].

Пріоритети професійної незалежності лікаря викладені в Декларації про незалежність і професійну свободу лікаря, прийнятій Всесвітньою медичною асоціацією у 1986 р.: « Професійна свобода лікаря передбачає свободу від стороннього втручання у лікувальний процес. Завжди і всюди слід охороняти і захищати незалежність професійних медичних й етичних рішень лікаря ». Так у Декларації проголошується незалежність лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків [7, с. 88]. Законодавче регулювання медичної етики знайшло своє відображення, зокрема, в ст. 76 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. [2], в якій зазначено, що випускники медичних спеціальностей вищих медичних навчальних закладів приносять Присягу лікаря України, що затверджена наказом Президента України 15 червня 1992 року [6]. Отримуючи звання лікаря, випускник присягається « усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, надавати ме-

дичну допомогу всім, хто її потребує, зберігати лікарську таємницю, додержуватись правил професійної етики ” [6].

Цей акт відповідає нормам медичної етики і деонтологічним принципам, враховує міжнародний досвід та етичні норми клятви Гіппократа. Обов’язки, закріплені у присязі, є моральними вимогами до професії [7, с. 89].

Таким чином, специфічний характер норм, які поєднані у Етичному кодексі лікаря України, здебільшого обумовлює його рекомендаційний характер, щоб уникнути численних дорікань щодо абстрактного характеру норм етичних кодексів, для фактичної реалізації положень етичного кодексу необхідно розробляти та ухвалювати його у встановленому законодавством України порядку, що забезпечує нормативність його застосування всіма суб’єктами правовідносин.

Література:

1. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого / С. Д. Поплавська // Комп’ютерно-інтегровані технології: освіта, наука, виробництво. – 2013. – № 11. – С. 121-127. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Kitovny_2013_11_22.pdf

2. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ // ВВВ України.-1993.-№ 4.- Ст. 19.

3. Рогова О. Г. Застосування етичних кодексів у медицині [Електронний ресурс] / О. Г. Рогова // Вісник Академії адвокатури України. – 2012. – Число 2. – С. 30-38. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vaau_2012_2_4.pdf

4. Етичний кодекс лікаря України: Прийнято та підписано на Всеукраїнському з’їзді лікарських організацій та Х З’їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р. [Електронний ресурс] // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 6(74). XI/XII. – Режим доступу: http://www.umj.com.ua/archive/74/pdf/1543_ukr.pdf

5. Колісник-Гуменюк Ю. І. Морально-етична складова професійної культури медичних працівників [Текст] / Колісник-Гуменюк Ю.І. // Сборники научных работ НТУ "ХПИ" : Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти №27 – Вестник НТУ "ХПИ", 2010. – ISSN 2078-7812

6. Про Клятву лікаря : Указ Президента України № 349 від 15 червня 1992 року // Збірник указів Президента.-1992.-№ 2.

7. Левенець С. С. Медична етика і деонтологія:реалії і перспективи в роботі лікаря [Текст] / С. С. Левенець // Медична освіта. – 2012. – № 4. – С.87-90.

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

Герман Д.О.,

студент 4 курсу

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕКСКЛЮЗИВНОСТІ ДАНИХ В АСПЕКТІ ДОТРИМАННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ІНТЕРЕСІВ УКРАЇНИ

Враховуючи стрімкий розвиток суспільних відносин, появу нових захворювань та збільшення кількості лікарських засобів на фармацевтичному ринку, особливого значення набуває питання охорони прав інтелектуальної власності на такі об’єкти та їх захисту від неправомірного використання. В той же час, при вирішенні цих питань, слід пам’ятати про приписи ст. 1 Конституції України, що встановлюють соціальний характер держави.

Відповідно до ст. 39 Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності (далі – угода TRIPS), яка є обов'язковою для України як для держави-учасниці СОТ, забезпечується охорона даних клінічних випробувань від недобросовісного комерційного використання. Такий вид правової охорони прав інтелектуальної власності отримав назву ексклюзивності даних і є самостійним елементом системи охорони прав інтелектуальної власності, що діє незалежно від патентного захисту.

При розгляді питання співвідношення ексклюзивності даних та патентного захисту, слід зазначити, що згідно з Законом України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», строк дії патенту складає 20 років від дати подання заявки. Відповідно до ст. 9 Закону України «Про лікарські засоби», якщо лікарський засіб, зареєстрований на підставі поданої в повному обсязі (повної) реєстраційної інформації, зареєстровано в Україні вперше, державна реєстрація іншого лікарського засобу, що містить ту саму діючу речовину, можлива не раніше ніж через п'ять років з дня першої реєстрації референтного/оригінального лікарського засобу в Україні. При цьому, цей строк може бути подовжено до шести років, якщо дозволено застосування такого лікарського засобу за одним або більше показаннями, які вважаються такими, що мають особливу перевагу над існуючими.

Таким чином, строк ексклюзивності даних може повністю охоплюватися строком патентного захисту, але можливі ситуації, наприклад, коли заявку про реєстрацію лікарського засобу було подано наприкінці дії патентного захисту, і строк ексклюзивності даних буде тривати після закінчення строку патентного захисту. Щодо відмінності між цими поняттями, можна зазначити, що ексклюзивність даних на відміну від патенту, захищає не окремі складові лікарського засобу, а його «ринкову вартість» в цілому, і підлягає застосуванню «автоматично» з дати державної реєстрації препарату без необхідності подання заявником додаткових клопотань та сплати зборів [1, с. 2].

Варто зазначити, що вищезгаданий припис ст. 9 Закону «Про лікарські засоби» у 2011 році було змінено з метою заміни заборони використання даних для подачі заявки на реєстрацію лікарського засобу на заборону державної реєстрації такого засобу. Таким чином, виробники генеричних лікарських засобів отримали можливість подавати заявки на реєстрацію до спливу строку ексклюзивності даних.

Однак, хоча режим ексклюзивності даних в національному законодавстві і було запроваджено під вплив євроінтеграційних процесів, його реалізація конфліктує із соціальним характером держави, передбаченим ст. 1 Основного Закону. Як зазначає А. В. Міндрул, в основу угоди TRIPS покладено концепцію охорони інтелектуальної власності, відповідно до якої приватні інтереси домінують над публічними: такий підхід є меркантильним та підриває систему вільної конкуренції; в той же час ст. 39 цієї угоди слід розуміти не як зобов'язання з встановлення у національному законодавстві певного строку ексклюзивності даних, а виключно як підставу виникнення обов'язку держав із перешкоджання недобросовісному комерційному використанню чи актам недобросовісної конкуренції, наприклад, промисловому шпionaжу [2, с. 2].

Дійсно, угода TRIPS прямо не встановлює обов'язку з введення режиму ексклюзивності даних. Найбільш відомим прикладом такого тлумачення вказаної угоди є Індія, яка не встановлює у національному законодавстві строку ексклюзивності даних. Так, Б. К. Бейкер наголошує, що ні текст угоди TRIPS, ані інтереси виробників лікарських засобів Індії не вимагають встановлення певного строку ексклюзив-

ності даних, більше того, такі дії вплинуть на обмеження доступу до життєво необхідних генеричних ліків як у Індії, так і в інших країнах, що розвиваються [3, с. 5].

В той же час, встановлення в Україні фіксованого строку ексклюзивності даних є зобов'язанням, що походить з Угоди про асоціацію з ЄС, у ст. 222 якої встановлено, обов'язок не дозволяти іншим заявникам виводити той самий чи подібний засіб на підставі дозволу на введення на ринок, наданого заявнику, що подав дані випробувань або досліджень, якщо тільки заявник, що надав дані випробувань або досліджень не дав свою згоду.

Однак, враховуючи економічну ситуацію в Україні та структуру фармацевтичного ринку, той факт що українські виробники, як правило, не є розробниками оригінальних лікарських засобів, а виробляють здебільшого генеричні засоби та вплив ексклюзивності даних на обмеження доступу до лікарських засобів, діючий режим ексклюзивності даних виглядає таким, що відповідає не національним інтересам, а інтересам транснаціональних фармацевтичних виробників, тому доцільним, хоча й складним за умов взяття зобов'язань перед Європейським Союзом, кроком могла б стати відмова від такого режиму. Подібні кроки пропонувалися Концепцією державної цільової програми «Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих лікарських засобів вітчизняними, у тому числі біотехнологічними препаратами та вакцинами на 2011-2021 роки», яка, однак, не була прийнята, п. 5.3 якої встановлював: «виключити із закону чинну норму щодо терміну ексклюзивного захисту лікарських засобів (введену в українське законодавство з перевищенням вимог не ратифікованої Україною міжнародної Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності)».

Отже, режим ексклюзивності даних є загальноприйнятим стандартом захисту прав виробників оригінальних лікарських засобів, але з урахуванням захисту національних виробників та інтересів населення України, перспективним напрямком має стати відмова від встановлення фіксованого строку ексклюзивності даних для лікарських засобів на території України.

Література:

1. Марченко К. І. Ексклюзивність даних як право на недоторканість лікарського засобу // Юридична газета – 2012 – №21 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://marchenkodanevych.com/uk/press-centre/publications/60-life-sciences/502-2012-05-23-13-43-12>

2. Міндрул А. В. Співвідношення патентної охорони і охорони даних фармацевтичних досліджень в контексті реалізації вимог Угоди про торговельні аспекти інтелектуальної власності у законодавстві України [Текст] / А. В. Міндрул // Теоретичні і практичні аспекти економіки та інтелектуальної власності: збірник наукових праць / ПДТУ. – Маріуполь, 2010. – Т. 1. – С. 66-71.

3. Brook K. Baker «A critical analysis of India's probable data exclusivity/data compensation provisions» // [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.cptech.org/blogs/ipdisputesinmedicine/2006/10/critical-analysis-of-indias-probable.html>

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

*Глушко В.В.,
студент 45 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ У СФЕРІ ПАТЕНТУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Розвиток ринку лікарських засобів останнім часом змушує суб'єктів господарювання шукати різноманітні способи захисту своїх прав, які дадуть можливість безпечніше здійснювати господарську діяльність, відчуваючи захищеність завдяки впровадженню законодавцем правовим механізмам. Одним із них виступає патентування лікарських засобів. Однак проблеми правового регулювання цієї процедури ставлять під загрозу гарантованість прав власників прав на об'єкти інтелектуальної власності у сфері медицини.

Враховуючи специфіку фармацевтичної індустрії та характер її розвитку в 90-тих роках, було нормативно введено спеціальну «пільгову» додаткову охорону прав власників патентів на лікарські засоби. Закон України «Про охорону прав на винаходи та корисні моделі» від 15.12.1993 р. передбачає, що строк дії патенту на винахід, об'єктом якого є лікарський засіб, використання якого потребує дозволу відповідного компетентного органу, може бути продовжено за клопотанням власника цього патенту на строк, що дорівнює періоду між датою подання заявки та датою одержання такого дозволу, але не більше ніж на 5 років.

Тобто строк охорони прав патентовласників лікарських засобів продовжується не на 5 років, а саме на той проміжок часу між виявленням бажання особою отримати патент шляхом подачі заявки до моменту отримання дозволу компетентного органу, максимально до 5 років. Відповідно, вимагати продовження строку охорони на 5 років в тому разі, якщо зазначений проміжок часу був меншим, патентовласник не має права.

Як наголошує Т. Кислий, рівень бюрократії в Україні в 90-тих роках сягав надзвичайних вершин, що зумовлювало значну тривалість розгляду заявок і видачі дозволів уповноваженими суб'єктами, час між якими часто перебільшував 5-річний термін [1]. Відповідно, законодавча процедура хоча й містить спеціальні охоронні механізми для забезпечення прав власників патентів на лікарські засоби, однак вона не здатна гарантувати захист їх прав у повній мірі. В такому випадку особи, які чекали на отримання дозволу понад 5 років можуть отримати лише часткову своєрідну «компенсацію» за очікування.

На недостатньому рівні захисту об'єктів інтелектуальної власності у сфері фармацевтики наголошує й І. Арифметова. Як слушно зазначає автор, недосконалість законодавчого регулювання досліджуваного питання ставить під загрозу дотримання прав власників патентів на лікарські засоби, інших суб'єктів господарювання та споживачів [2].

Процедура отримання дозволу на продовження строку охорони прав за патентом на лікарські засоби регулюється Інструкцією про порядок продовження строку дії патенту на винахід, об'єктом якого є засіб, використання якого потребує дозволу компетентного органу, затвердженою Наказом №298 Міністерства освіти і науки від 13.05.2002 р. Наявність окремого документу, що визначає ключові питання цієї сфери, здавалося б, має давати впевненість у повноті її правової регламентації. Однак низка недоліків законодавчої техніки та практичної реалізації ставлять під сумнів відповідність процедури отримання зазначеного дозволу належному захисту прав власників патентів на лікарські засоби.

Перш за все, органом, відповідальним за розгляд клопотання про отримання відповідного дозволу, виступає Державна служба інтелектуальної власності України (надалі – Держслужба). Увагу привертає той факт, що діяльність служби спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра освіти і науки, молоді та спорту України. Враховуючи стрімкі перетворення в системі органів виконавчої влади за останні роки, таке формулювання видається дещо сумнівним. Т. Кислий зауважує, що в разі зміни підпорядкування, координації чи найменування контрольних органів, розгляд клопотання про отримання дозволу може затягнутися [1]. Згідно з п.1 Указу Президента України «Про деякі заходи з оптимізації системи центральних органів виконавчої влади» від 28.02.2013, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України та Державна служба молоді та спорту України були реорганізовані в Міністерство освіти і науки України та Міністерство молоді та спорту України відповідно, однак зміни до розглядуваної Інструкції внесені не були, що підтверджує вищевикладену тезу.

Для продовження строку дії патенту необхідно сплатити збір за подання клопотання. Однак датою надходження документа про сплату збору, згідно з п.6 Порядку сплати зборів за дії, пов'язані з охороною прав на об'єкти інтелектуальної власності затвердженого Постановою Кабінету міністрів України від 23.12.2004 р., вважається дата зарахування суми збору на поточний рахунок отримувача. Таке формулювання може створити труднощі в разі сплати збору в останні дні 6-місячного строку, що залишаються для подання клопотання, враховуючи об'єктивні затримки з боку банків у перерахуванні коштів.

Крім того, Інструкція містить низку зайвих та надмірних вимог, які аж ніяк не сприяють оптимізації процесу отримання дозволу, як-то обов'язковість засвідчення копії свідоцтва чи іншого документу, що підтверджує право використання об'єкта, деталізація підпису заявника в клопотанні тощо. У разі недотримання хоча б однієї з цих та інших вимог, Держслужба часто приймає рішення про відмову в продовженні строку дії патенту.

Найбільш абсурдною, як стверджує Т. Кислий, на сьогодні є серйозна незгодушеність щодо строків розгляду клопотання на практиці. Держслужба відмовляє у продовженні строку дії патенту в тому разі, якщо хоча б один документ містить інформацію, що викликає сумніви. Очевидно, у розумінні нормотворця така процедура пов'язана з незрозумілістю певних даних, вказаних в документах, які Держслужба бажає уточнити, зокрема щодо відповідності особи-патентовласника та особи-заявника. Однак сама Держслужба вважає, що єдиною підставою сумнівності може вважатися підробка документів [1].

Розглядаючи аналогічну процедуру щодо отримання патенту, у разі виникнення обґрунтованих сумнівів щодо вірогідності інформації, що містять подані для його отримання документи, заявнику надсилається запит про подання додаткових документів, необхідних для прийняття рішення [3, С. 180]. Тому, на мій погляд, вузьке розуміння Держслужбою формулювання стосовно сумнівів у вірогідності інформації призводить до явних порушень і, разом з тим, неможливості своєчасного та ефективного захисту прав патентовласників.

З огляду на вищевикладене, можна зробити висновок, що сфера патентування лікарських засобів в Україні наразі перебуває в не досить позитивному становищі. Низка законодавчих неспоточностей та практичних проблем реалізації нормативних положень створює несприятливе середовище для захисту прав власників патентів

на фармацевтичні виробни. Саме тому зміни до процедури продовження строку дії патентів на лікарські засоби, спрямовані на її вдосконалення та деталізацію, мають сприяти підвищенню рівня захищеності суб'єктів прав інтелектуальної власності у сфері фармацевтики.

Література:

1. Т. Кислий. 5 нових років захисту – чи впорається патентна система? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yur-gazeta.com/publications/practice/zahist-intelektualnoyi-vlasnosti-avtorske-pravo/5-novih-rokiv-zahistu--chi-vporaetsya-patentna-sistema.html>

2. І. Арифметова. Патентний рекет. Приклад фармацевтичного ринку [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://blog.ubr.ua/pravo/patentnii-reket-priklad-farmaceutichnogo-rinku-8941>

3. В. Дмитришин Розпорядження майновими правами інтелектуальної власності в Україні / Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: "Інст. інтел. власн. і права", 2008. – 248 с.

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

Горбашко Є.О.,

студент 45 групи

ПІО НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ЗДІЙСНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ З ПЕРЕРОБКИ КРОВІ В УКРАЇНІ

Питання щодо переробки крові можна поставити в один ряд із проблемою трансплантації органів і тканин, оскільки кров – це також тканина (рідка сполучна тканина) і за своїм значенням не поступається іншим органам, а навпаки навіть переважає деякі з них. Із вищенаведеного слідує, що дослідження питання щодо переробки крові є досить актуальним.

Відповідно до Наказу МОЗ “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та...” від 04.02.2011 № 65, переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини – це регламентована чинним законодавством діяльність, пов'язана з переробкою донорської крові та її компонентів, виготовленням з них препаратів, яка включає всі стадії технологічного процесу з урахуванням дотримання спеціальних умов зберігання та контролю якості, а також реалізацію продукції власного виробництва. Тож, маємо легальне визначення процесу переробки крові.

Також, на законодавчому рівні визначено установи, заклади та інші суб'єкти, котрі здійснюють переробку крові. Так, відповідно до Закону України «Про донорство крові та її компонентів» взяття, переробку і зберігання донорської крові та її компонентів, реалізацію їх та виготовлених з них препаратів здійснюють спеціалізовані установи і заклади переливання крові та відповідні підрозділи закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, інших державних органів та органу виконавчої влади Автономної Республіки Крим у сфері охорони здоров'я, обласних, Київської, Севастопольської міських державних адміністрацій. До суб'єктів відповідної діяльності законодавець також відносить і суб'єктів підприємницької діяльності. Також, в законі наголошується на тому, що

для здійснення переробки крові суб'єкт повинен отримати ліцензію, що видається центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до статті 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я переробкою донорської крові та її компонентів, виготовленням з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Про відповідність зазначеним вимогам може свідчити: диплом про вищу медичну освіту державного зразка; сертифікат лікаря-спеціаліста встановленого зразка; посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії з лікарських спеціальностей затвердженого зразка. Тож, як слідує із вищенаведеного законодавець ставить перед особою певні вимоги щодо рівня кваліфікації, підкреслюючи цим важливість даної сфери діяльності.

Досить цікаву проблему підняв вчений Любчак В. В. щодо недоліків суб'єктів, котрі займаються переробкою крові.

Як відмічає науковець, в Україні після збирання плазми її карантинізація і переробка відбувається в кожній області. Вчений наголошує на тому, що це призводить до значного подорожчання продукції, низької її якості, відсутності стандартів і біологічної небезпеки. А тому, на думку автора слід використати європейський досвід. Відповідно до іноземної практики, в провідних країнах діють заводи із переробки крові. Серед них найбільш перспективними є Октафарма (Вена, Австрія), Біотест (Дрейч, Німеччина), Авентис (Марбург, Німеччина), Байер (Розія, Італія), Бакстер (Відень, Австрія). Високі технології на заводі дають змогу отримувати більший вихід препарату з літра плазми, а із залишку – велику кількість не менш цінних препаратів. Вартість продукту навіть після ввезення його в Україну нижча за рахунок низької вартості сепарації на заводі й отримання додатково продукту. Виходячи з того, що завод стає рентабельним при переробці не менше ніж 300 т плазми, вчений робить висновок, що будівництво заводу в Україні доцільне тільки за умови переробки плазми з-за кордону або переробки української плазми з реалізацією препаратів за кордон. Саме таким шляхом пішли всі існуючі у світі заводи-переробники. За наявності потужностей та технологій це високоприбутковий бізнес із щорічним світовим обігом близько 8 млрд дол. Я погоджуюсь із думкою автора і також вважаю, що за умови існування єдиного заводу діяльність із переробки крові була б більш ефективнішою, прибутковішою та контрольованішою.

Також, вчений наголошує на тому, що усього в Україні переробляється близько 70 тис. л плазми на рік. Вартість такої переробки дорівнює близько 14 млн дол. США. При цьому в країні відчувається гостра нестача цих препаратів. Тож, як бачимо існує ще одна проблема, котра також потребує вирішення.

Таким чином, питання переробки крові в Україні чітко регламентовано на законодавчому рівні. Проте, на мою думку, все ж залишаються проблеми, котрі стосуються суб'єктів, які займаються відповідною діяльністю та нестачі крові. Як демонструє практика, діюча система є неефективною та вимагає змін, які можна запозичити із досвіду європейських країн.

Література:

1. Любчак В. В. Проект щодо реорганізації переробки плазми крові [Електронний ресурс] / В. В. Любчак // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2-3. – С. 48-50. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Uzn_2012_2-3_10.pdf

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

*Гранько М.Г.,
студент 45 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Стан здоров'я вважається показником соціально-економічного розвитку суспільства та якості життя в будь-якій державі. На сьогодні в Україні медико-демографічна ситуація є невтішною. Для прикладу у країнах ЄС показник смертності становить 6,7 на 1 тис. населення, а тривалість життя – 74 роки, у той час, як у нашій країні аналогічні показники становлять відповідно 14,5 на 1 тис. населення й 69 років [1, с. 270]. З метою покращення ситуації, діюча система охорони здоров'я в Україні потребує переходу від бюджетного забезпечення охорони здоров'я до страхової медицини. Тим більш, досвід провідних країн світу підтверджує, що саме за допомогою системи обов'язкового медичного страхування можна забезпечити ефективну реалізацію прав громадян на медичну допомогу, яка відповідає світовим та європейським стандартам [2, с. 21]. Зважаючи на вищевикладене можемо стверджувати, що обрана тема є надзвичайно актуальною і потребує ґрунтовного дослідження.

Питання щодо обов'язкового медичного страхування досліджували такі вчені як, В. Базилевич, О. І. Білик, В. Бідний, Н. Нижник, В. Ю. Стеценко та інші.

Перш ніж розглядати поняття загальнообов'язкового медичного страхування слід визначити що є медичним страхуванням. Так, під медичним страхуванням М. А. Бас розуміє вид суспільно-економічних відносин щодо захисту майнових та особистих інтересів фізичних осіб (застрахованих) у разі настання певних подій (страхових випадків), пов'язаних з їхнім здоров'ям та життям, визначених правилами страхування або чинним законодавством, що реалізуються на принципах взаємофінансування за рахунок фондів страхових внесків від страхувальників, і організуються спеціально уповноваженими державними організаціями та суб'єктами господарювання (страховиками) [3, с. 223].

Під обов'язковим медичним страхуванням К. В. Павлюк розуміє складову частину державного соціального страхування, що забезпечує всім громадянам можливість отримання медичної та лікарської допомоги, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі та за умов відповідно до програм обов'язкового страхування [4, с. 163].

Загальнообов'язкове медичне страхування діє у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах, Швеції, Бельгії та інших країнах.

Багато вчених акцентують увагу на тому, що деякі аспекти міжнародного досвіду в даній сфері можна унаслідувати від ФРН. Німеччина однією із перших країн, де було запроваджено загальнообов'язкове медичне страхування. В Стеценко виділила позитивні аспекти організації охорони здоров'я системи обов'язкового медичного страхування ФРН, зокрема можливість людини, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти із системи державного обов'язкового страхування і перейти в приватний сектор страхування; можливість працівника забезпечувати медичне страхування членів його сім'ї, які не працюють; обмеження суми заробітної плати, з якої стягується страховий внесок; можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичної установи [5, с. 125]. Вчена вважає, що саме ці аспекти Україна має взяти до уваги про запровадженні загальнообов'язкового медичного страхування.

Так, З.Р. Костак виділив головні причини, що перешкоджають впровадженню обов'язкового соціального медичного страхування в Україні, це: відсутність політичної волі для реального запровадження цього інституту; економічні, які пов'язані із численними проблемами фінансування системи охорони здоров'я в Україні; соціальні, як нове для України правове явище, не отримали одностайної думки ні серед фахівців, ні серед населення щодо необхідності його впровадження у нашої державі; відсутність повної інформації як для медико-правової спільноти, так і для населення про переваги та ризики обов'язкового соціального медичного страхування; організаційні: забезпечення професійним кадровим ресурсом (менеджери, експерти та ін.), належне матеріально-технічне і технологічне забезпечення та фінансування [6, с. 362]. Вважаю, що подолання відповідних проблем сприятиме запровадженню обов'язкового медичного страхування в Україні.

Також, у своїй праці З.Р. Костак проаналізував позитивні та негативні риси загальнообов'язкового медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування має такі переваги, як цільовий характер, незалежність коштів від держави та відокремленість від інших державних коштів, залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування, вирівнювання обсягу та якості медичної допомоги громадянам по всій території країни. Проте, як зазначає автор, обов'язкове медичне страхування має певні недоліки: можливість ухиляння платників від відрахувань, підвищення вартості робочої сили, залежність від темпів економічного розвитку, необхідність створення відповідних регуляторних органів, що потребує додаткових фінансових ресурсів [6, с. 361-362]. В Україні, на мою думку, потрібно проводити заходи із ознайомлення громадян щодо загальнообов'язкового медичного страхування адже необізнаність також заважає оцінити важливість відповідного страхування.

На сьогодні, в Україні немає правової бази загальнообов'язкового медичного страхування, проте шляхи його впровадження можемо прослідити завдяки Проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування». Відповідно до Проекту закону здійснення обов'язкового медичного страхування буде покладено на некомерційну самоврядну організацію – Фонд загальнообов'язкового державного медичного страхування. В Проекті також визначено поняття обов'язкового медичного страхування, принципи обов'язкового медичного страхування, зазначено перелік застрахованих осіб, котрі підлягають обов'язковому страхуванню їх права та обов'язки, визначені страхувальники їх права та обов'язки та ін.

Таким чином, на мою думку запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні є надзвичайно необхідним заходом, котрий буде сприяти розвитку охорони здоров'я людини і забезпечить право громадян на одержання доступної та високоякісної медичної допомоги. Процес впровадження обов'язкового медичного страхування потребує подолання проблем, які були зазначені вище на основі теоретичних напрацювань вчених та зарубіжного досвіду країн, які мають позитивний досвід у відповідній сфері.

Література:

1. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): Монографія. / В. Ю. Стеценко. – К.: Атіка, 2010. – с. 320
2. Білик О. І. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми страхування в Україні [Електронний ресурс] / О. І. Білик, С. А. Качмарчик // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та підприємство в Україні: етапи

становлення і проблеми розвитку. – 2013. – № 767. – С. 270-276. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/VNULPM_2013_767_40.pdf

3. Бас М. А. Значення медичного страхування у системі задоволення потреб населення України [Електронний ресурс] / М. А. Бас // Економічний форум. – 2014. – № 3. – С. 221-226. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ecfor_2014_3_35.pdf

4. Павлюк К. В. Медичне страхування як форма фінансування медичних послуг [Електронний ресурс] / К. В. Павлюк, О. В. Степанова // Наука й економіка. – 2014. – Вип. 3. – С. 162-171. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nie_2014_3_26.pdf

5. Стеценко В. Правове забезпечення обов'язкового медичного страхування в Німеччині (ключові засади та досвід для України) [Електронний ресурс] / В. Стеценко // Вісник Академії управління МВС. – 2010. – № 3(15). – С. 120-126. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ucnavs_2010_3\(15\)_18.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ucnavs_2010_3(15)_18.pdf)

6. Костак З. Р. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: проблеми та перспективи розвитку [Електронний ресурс] / З. Р. Костак // Науковий вісник НЛТУ України. – 2013. – Вип. 23.15. – С. 359-363. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvntlu_2013_23.15_58.pdf

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

Гречишкін М.О.,

студент 44 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ВИХОДУ НА УКРАЇНСЬКИЙ РИНОК ГЕНЕРИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Згідно зі статистикою, громадяни України щороку витрачають на ліки 32 млрд грн, що становить 90 % від усіх витрат на лікарські засоби в країні. Держава ж бере на себе лише 10 % чи 4 млрд. Отож, експерти говорять про «пасивну евтаназію», коли більша частина українців просто не можуть лікуватись, а якщо лікуються, то це спричиняє їх зубожіння. Допомогти у вирішенні цієї проблеми можуть неоригінальні лікарські засоби – генерики. Проте, в цьому не зацікавлені виробники оригінальних лікарських засобів, адже в такій ситуації вони втрачають монополне становище на ринку.

Дослідженням даної проблематики займаються науковці та патентні повірені, зокрема: Слободянюк О.В, Квашніна Л.В, Родіонов В.П, Маковкіна Ю. А, Ігнатова Т.Б, Сиволап В.В та інші.

Значне зниження доступності лікування громадяни України спричинене зростанням цін на платне лікування та лікарські засоби, що було особливо помітним за останні 3-4 роки. Так, у 2009 році вартість офіційних платних медичних послуг зросла на 20 %, в 2010 році – ще на 10 %. Офіційне подорожчання медикаментів у 2009 році становило понад 40 %, в 2010 році ліки подорожчали ще на 6-10 %. Зростання цін на медичні препарати тривало й у 2011 році. Нині існує великий розрив між можливістю суспільства фінансувати витрати на охорону здоров'я та постійним зростанням потреби в їх збільшенні. В Україні до 25 % усіх витрат у системі охорони здоров'я пов'язано з лікарським забезпеченням. При цьому віддача від вкладених коштів лишається низькою: відсутнє збільшення тривалості життя, зниження смертності та кількості серйозних ускладнень [4, с. 73].

У зв'язку з цим є дуже актуальною проблема інноваційного розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі, яка у світі є найбільш наукоємною і прибутковою га-

лузю економіки. Проте нехтування розвитком української фармацевтичної науки (її фінансування за останні 10 років зменшилось на 46 % у порівняльних цінах) призвело до того, що вітчизняна фармацевтична галузь фактично повністю перейшла на виробництво «генериків» – повторення застарілих і тому неконкурентних лікарських засобів. Ринок фармпрепаратів в Україні заповнила надзвичайно дорога продукція зарубіжних фірм, недоступна значній частини населення. Це має вкрай негативні соціальні наслідки і є причиною величезних економічних втрат: фактично населення України вимушене інвестувати в зарубіжну фармацевтичну науку для підтримання її конкурентоздатності більше коштів, ніж вкладається в усю вітчизняну науку [5, с.128].

Генерик – це лікарський засіб, який містить таку ж фармацевтичну субстанцію чи комбінацію тих самих фармацевтичних субстанцій, у такій самій лікарській формі, що і оригінальний лікарський засіб. Основні ознаки генерика відсутність патентного захисту, низька вартість, майже повна відповідність оригінальному лікарському засобу по складу, відповідність фармакопійним вимогам, виготовлення в умовах, що відповідають виробничій практиці GMP. Головна перевага генерика – низька вартість. За даними IMS National Prescription Audit середня вартість генерика становить у середньому 6\$, в той час як оригінального лікарського засобу – 29 \$. Джерелами низької вартості є відсутність клінічних досліджень, порівняльних досліджень з оригіналом відсутність дослідження профілю безпеки. Фармацевтична компанія, яка випускає генерик не володіє виключними правами на відповідний препарат [1, с.66].

Оригінальний лікарський засіб – це вперше синтезований, такий, що пройшов певний цикл доклінічних та клінічних досліджень, захищений патентом на строк до 20 років. Лише по спливу строку дії патенту можливе створення генерика будь-якою фармацевтичною компанією. Основними перевагами оригінального лікарського засобу є доведена ефективність, доведений рівень безпеки, інноваційність, жорсткий контроль за якістю. Проте, якщо на генерик отримано дозвіл, то він відповідає встановленим стандартам по відношенню справжності, дозування, якості, чистоти та ефективності препарату. JAMA зазначає, що оцінка результатів 38 клінічних досліджень, де і порівнювались сердечно судинні генерики з відповідними лікарськими засобами не показала, що оригінальні лікарські засоби діють краще, ніж генерики [2].

Останнім часом надзвичайно загострилася боротьба виробників оригінальних лікарських засобів та виробників генериків. Оскільки термін правової охорони більшості оригінальних лікарських засобів, захищених патентами спливає, що загрожує компаніям-власникам втрати монополії на ринку, і потягне за собою скорочення їх надприбутків.

Враховуючи вищезазначене, продовження терміну патентної охорони давно відомих лікарських засобів є досить прибутковим бізнесом, оскільки витрати на винайдення «нових» об'єктів патентування є значно меншими, ніж витрати на розробку, випробування, виведення на ринок, рекламу нових препаратів. Одним із способів продовження такої охорони є патентування нових об'єктів, споріднених з цими лікарськими засобами з наступним використанням прав, що випливають з цих патентів, для блокування спроб виведення на український ринок лікарських засобів – генериків.

Одна із схем такого роду діяльності виглядає наступним чином: на першому етапі подається ряд заявок на «нові» способи виробництва давно відомих оригінальних лікарських засобів чи інгредієнтів, зокрема активних речовин, або на нові поліморфні чи так звані «кристалічні форми» самих відомих інгредієнтів. На основі цих заявок через процедуру РСТ отримують національні або регіональні патенти, які насправді не охороняють відомі оригінальні лікарські засоби, які займають монополічне становище на ринку. їх істинне призначення інше – вони дають підстави власникам цих нових патентів заявляти про порушення їх прав при спробах виведення на ринок лікарських засобів генериків, до складу яких входять ті самі речовини, що й до оригінальних лікарських засобів, термін патентної охорони яких закінчився, оскільки ці нові патенти стосуються тих самих хімічних сполук. Маніпулюючи нормами чинного законодавства і за відсутності чіткого розуміння суддями обґрунтованості позовних вимог в частині прав інтелектуальної власності компанії-монополісти подають позови про припинення порушення їх майнових прав, що випливають з нових патентів на способи виробництва давно відомих сполук до суб'єктів господарювання, які подають на державну реєстрацію лікарські засоби – генерики, до складу яких входять ті самі речовини, що й до оригінальних лікарських засобів, термін патентної охорони яких закінчився. Подається позовна вимога: «Заборонити компанії «А» звернення за державної реєстрацією лікарського засобу «В»». За відсутності будь-яких матеріальних або документальних доказів факту порушення майнових прав, що випливають із нових патентів суддя приймає позов, а оскільки доказів порушення немає і нема чого оцінювати, то суддя задовольняє клопотання позивача про призначення експертизи з витребуванням конфіденційної інформації, що міститься в реєстраційному досьє, поданому на державну реєстрацію. Експертиза може продовжуватися до двох років, отже нічим не підкріплені монополія триває. І будь-яке затягування процесу, у даному випадку, іде на користь компанії-монополіста, що непоправно шкодить населенню [3, с. 119].

Отже, така ситуація має місце тому, що: по-перше ряд «нових» патентів не відповідають критеріям патентоздатності або видаються з порушеннями, по-друге судді, які розглядають справи про порушення прав інтелектуальної власності є недостатньо кваліфікованими, по-третє існує ряд питань, які чітко не регламентовані законодавством, і породжують колізії.

З метою врегулювання цих питань необхідно розробити проект Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо зниження вартості антитретровірусних (АРВ) препаратів». Дана проблема потребує негайного вирішення, оскільки вона стає черговою перепоною для забезпечення доступу населення до ліків.

Література:

1. Оригиналы и генерики – конфликт интересов. Клиническая эффективность оригинального «Клопидогреля» и его генериков / Сиволап В.В. // Запорожской медицинской журнал. – 2011. – Т. 13. – №6. – с. 65-67;
2. Тарловская Е.И. Генерики и оригинальные препараты: взгляд практического врача // [Електронний ресурс] – режим доступу: http://www.rmj.ru/articles_5838.htm;
3. Використання патентних прав для протидії виходу на український ринок лікарських засобів генериків/ Слободянюк О.В. // Матеріали XV науково-практичної конференції «Захист прав інтелектуальної власності».

4. Андрощук Г. Громадське здоров'я лікарські засоби й інтелектуальна власність стан проблеми // Теорія і практика інтелектуальної власності. – 2014. – №1. – С.72-84.

5. Пашков В.М. Господарсько-правові аспекти промислового виробництва інноваційних лікарських засобів // [Електронний ресурс]- режим доступу: http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/7453/1/Pashkov_126.pdf

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

Гринько М.О.

студентка 3 курсу

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СТАТУС МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ

Реформи, що відбуваються у галузі охорони здоров'я, мають на меті ефективне виконання соціальної функції держави по забезпеченню оптимального рівня здоров'я населення та його покращення. І саме тому сучасні ринкові умови господарювання мають створювати внутрішні стимули для якісної та ефективної діяльності медичних працівників. Але, на жаль, за відсутності моральної та матеріальної мотивації медичної діяльності, недостатньої компенсації за працю у небезпечних та шкідливих умовах праці, правового та соціального захисту медичних працівників, при її соціальній важливості, поступово втрачає свою природну визначальність у житті суспільства.

Правовим підґрунтям регулювання статусу медичного працівника є перш за все Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян [1]. Етичний кодекс лікаря, який закріплює основні принципи медичної етики та деонтології, зобов'язання лікаря щодо пацієнта, взаємовідносини і взаємодію медичних працівників та представників інших професій і т.д. [4].

Щодо прав медичних працівників, то тут їх можна розглядати у декількох аспектах. По-перше, це права людини, громадянина України які закріплені у Конституції України. По – друге, це права саме медичного працівника, тобто професійні права. Ці права виступають як основа захисту медичних працівників у правовідносинах, що виникають у сфері охорони здоров'я. Поряд з цим виділяють ще і спеціальні права, які належать конкретному лікарю чи певній групі медичних працівників, яких об'єднує певна особливість професійної діяльності чи інша ознака. У першу чергу це стосується медичних працівників, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію і надають медичну допомогу ВІЛ – інфікованим і хворим на СНІД [5]. Так, постанова Кабінету Міністрів від 16 жовтня 1998 р. «Про затвердження Порядку та умов обов'язково гостраховання медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» пе-

редбачає обов'язкове страхування цієї категорії медичних працівників за рахунок працедавця. [3]

Також важливим питанням є час роботи медичних працівників адже нерідко вони працюють понаднормово. Це питання регулюється таким нормативно-правовим актом як Наказ Міністерства охорони здоров'я № 319 від 25.05.2006 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я». Відповідно до нього, визначаються норми робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я. При вирахуванні цих норм береться до уваги яку саме діяльність здійснює особа, адже залежно від професійних обов'язків навантаження є різним. Для працівників, які працюють у закладах (структурних підрозділах) і на посадах у шкідливих умовах праці, установлюється скорочена тривалість робочого тижня, що є однією з гарантій захисту окремої категорії медичних працівників. [2].

Отже, аналіз чинного законодавства та дослідження наукових праць з даного питання, дає змогу виділити пріоритетні напрями покращення правового статусу медичних працівників. Першочерговими проблемами, які потрібно вирішити у цій сфері є: захист прав медичних працівників, пов'язаних з їх професійною діяльністю; державна політика зайнятості у сфері охорони здоров'я і її регулювання; соціальне і професійне страхування медичних працівників. Задля досягнення цих цілей необхідно вносити зміни до законодавства та розширювати права і гарантії осіб що працюють у сфері охорони здоров'я.

Література:

1. 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>
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 319 від 25.05.2006 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я» Електронний ресурс. [Режим доступу]:http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060525_319.html
3. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції: Постанова КМУ від 16 жовтня 1998 р. N 1642. Електронний ресурс. [Режим доступу]: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-п>
4. Етичний кодекс лікаря. Електронний ресурс.[Режим доступу]: http://www.meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Itemid=206&lang=uk
5. Надюк З. О. Права медичних працівників на ринку медичних послуг в Україні .Електронний ресурс. / З. О. Надюк //Університетські наукові записки .-2008.- №2.-С. 294-297. – [Режим доступу]: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unzap_2008_2_54.pdf

*Грінько О.Ю.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

На сьогодні існує проблема неврегульованості деяких правових питань стосовно обігу лікарських засобів: створення і реєстрація лікарських засобів, їх виробництво або ввезення і реалізації. У кожній із цих складових проглядається низька ефективність публічно-правового регулювання відповідних суспільних відносин. Це пов'язано з невизначеністю тих публічних інтересів, які виникають у зв'язку з функціонуванням ринку лікарських засобів[1]. Внаслідок недостатньої теоретичної розробленості цієї проблематики здійснюється негативний вплив на розвиток законодавчої бази у сфері обігу лікарських засобів.

Актуальність проявляється саме в тому, що на даний час опрацьовується проект постанови КМУ «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)», оприлюднений на офіційному сайті МОЗ України від 13.07.2015 р. Цей документ свідчить про забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, про спробу розширити правові, економічні та організаційні основи захисту прав та інтересів пацієнтів, сприяти підвищенню рівня реалізації та захисту прав людини в галузі охорони здоров'я, а також створення належних умов для забезпечення населення лікарськими засобами відповідної якості. Ці питання стали об'єктом дослідження Пашкова В.М., Стеценка С.Г. та інших.

Позитивним аспектом є те, що реалізація положень цього проекту постанови, у разі його прийняття, не потребуватиме додаткових матеріальних та інших витрат з Державного бюджету України та місцевих бюджетів.

По-друге, у проекті постанови відсутні положення, що мають ознаки дискримінації.

По-третє, у проекті постанови відсутні правила і процедури, які можуть містити ризики вчинення корупційних діянь.

Реалізація поставлених завдань буде здійснюватися шляхом встановлення вичерпного переліку підтвердних документів, що підтверджують відповідність суб'єкта господарювання вимогам ліцензійних умов; форми відомостей про місця провадження господарської діяльності із зазначенням щодо кожного з них виду діяльності; форми заяв, що подаються здобувачем ліцензії або ліцензіатом до органу ліцензування; встановлення кваліфікаційних вимоги до персоналу ліцензіатів; вимог щодо наявності матеріально-технічної бази, кваліфікованого персоналу, а також умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться.

Прогнозується, що внаслідок розподіл суб'єктів господарювання за затвердженими критеріями та віднесення їх до відповідних ступенів ризику призведе до зменшення кількості та частоти здійснення планових перевірок підприємств, які здійснюють діяльність з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Проект постанови, у разі його прийняття, задовольнить як інтереси держави щодо забезпечення виконання вимог чинного законодавства та інтересів громадян щодо забезпечення їх прав на отримання якісних лікарських засобів, так й інтересів суб'єктів господарювання щодо чіткого та прозорого механізму ліцензування діяль-

ності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів).

Але існують також і негативні аспекти, що можуть проявитися внаслідок прийняття проекту постанови. По-перше, поняття «дозвіл на випуск (реалізацію) лікарського засобу» і «сертифікат якості Імпорттера» потрібно вилучити, оскільки немає їхніх визначень у проекті. Також немає обгрунтованої потреби в наявності цих додаткових документів, оскільки за своєю суттю дозвіл на випуск серії вже базується на підтвердженні Імпорттером сертифікату якості Виробника через засвідчення цього документу підписом Уповноваженої особи Імпорттера; висновку про якість ввезеної на територію України серії лікарських засобів, що видається Держлікслужбою.

По-друге, видача сертифікату серії кількома імпортерами унеможливить встановлення відповідальності (конкретної юридичної особи). З іншого боку видача сертифікату серії лише одному імпортеру призведе до монополізації постачань лікарських засобів, підвищення цін та зниження доступності якісних імпортованих лікарських засобів українським пацієнтам.

По-третє, існують певні проблеми із визначенням Уповноваженої особи. Якщо взяти для порівняння Наказ МОЗ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів» від 20.02.2013 № 143, то в останньому міститься більш конкретне пояснення, а в проекті постанови передбачається покладення на цю особу виконання зайвих функцій.

По-четверте, існують певні застереження щодо досє імпортера, що передбачає появу нових документів, які нівелює ідею спрощеної процедури отримання ліцензії.

Тому проаналізувавши вищевикладене, можна зробити висновок, що прийняття даного проекту постанови КМУ з одного боку є необхідним для врегулювання ринкових відносин по забезпеченню державної політики у сфері обігу лікарських засобів. Адже проект постанови являє собою систематизований перелік всіх необхідних документів для ліцензування відповідної господарської діяльності, детальних вимог щодо дій суб'єкта, який виявив бажання здійснювати господарську діяльність. Але з іншого боку більшість положень є продубльованими з Наказу МОЗ України, деякі поняття не містять однозначності в розумінні, а інші мають бути виключені.

Література:

1. Пашков В.М. Особливості правового регулювання обігу лікарських засобів: автореферат дис. канд. юрид. наук : 12.00.04 Господарське право, арбітражний процес. – Х. : Б. в., 2004. – 20 с.

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

*Громова Д.О.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ АГРАРНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

Право власності Українського народу на землю й інші природні ресурси регулюються, саме аграрним законодавством України, яке є важливою основою для реалізації громадянами їх конституційних прав. Питання забезпечення потреб населення сільськогосподарською продукцією та продовольством вітчизняного виробництва, підвищення рівня життя сільського населення, підвищення конкурентоспроможності аграрного комплексу, забезпечення продовольчої безпеки країни, що особливо загострилися в період світової економічної кризи і вимагають адекватного законодавчого регулювання, а отже важливим є з'ясування можливих напрямків удосконалення та розвитку існуючого аграрного законодавства.

Серед науковців, які досліджували питання проблем аграрного законодавства слід зазначити Г.А. Аксеньонка, Л.Н. Баховкіну, Г.Ю. Бистрову, З.С. Беляєву, Н.П. Волошина, Д.І. Дембо, В.Н. Дем'яненка, М.Д. Казанцева та ін.

Метою роботи є з'ясування специфіки аграрного законодавства України та можливостей його вдосконалення з огляду на сучасні проблеми в аграрному секторі.

Щодо нагальних проблем аграрного сектору України, то його інтеграція у світову торгівлю передбачає необхідність впровадження торговельної політики, яка б враховувала стратегічні цілі, пріоритети і національні інтереси. Економіка України, а також її аграрний сектор потребують залучення інвестицій, ефективних технологій, а відтак – розширення сільськогосподарського експорту. Тому важливим є стимулювання обсягів виробництва якісної продукції, а також постачання на зовнішній ринок екологічно чисті продукти харчування [1, с. 41].

Головними проблемами аграрного законодавства визначають те, що аграрне законодавство складається з великої кількості нормативно-правових актів, що мають різну юридичну силу; значну частину законодавства складають відомчі нормативно-правові акти; певна частина підзаконних нормативно-правових актів містить правові норми, що суперечать актам вищої юридичної сили; правові норми багатьох законів є банкетними, мають декларативний характер, тому не завжди реалізуються на практиці [2, с. 124].

На сьогоднішній день, одним із способів удосконалення аграрного законодавства та подолання різного роду кризових явищ вважається кодифікація аграрного права [3, с. 86]. Саме її більшість науковців виділяють як найбільш перспективний напрямок розвитку аграрного законодавства.

Досить велика кількість науковців та дослідників прихильна до прийняття єдиного кодифікованого акта аграрного законодавства. Однак в аграрній науці існують різні погляди щодо змісту, форми, суті та назви такого акта.

Деякі з них (Шемшученко Ю.С., Багай І.О.) зазначають, що в Аграрному кодексі України необхідно було б визначити особливості сучасних аграрних суспільних відносин, організаційно-правових форм, і методів господарювання, рівноправність усіх форм власності. Предметом правового регулювання кодексу мають стати аграрні відносини, що складають комплекс взаємопов'язаних майнових, земельних, підприємницьких, членських, трудових, учасницьких, управлінсько-контрольних суспільних зв'язків, які склалися у сфері виробничих, споживчих та підприємниць-

ких відносин за участю суб'єктів аграрної підприємницької діяльності усіх форм власності, відносин, які спрямовані на насичення продовольчого ринку продуктами харчування, продовольством та сировиною тваринного і рослинного походження, організаційно-правових форм і методів господарювання [4, с. 325].

На думку Н.О.Багай, прийняття єдиного кодифікованого акта відобразить риси аграрного законодавства України, а саме його комплексний, спеціалізований та інтегрований характер [2, с.125].

Потрібно зазначити, що якою й б не була форма кодифікованого акту, все одно його прийняття потрібне на сьогоднішній день, оскільки є досить багато суперечностей між діючими нормативними актами. Прийняття кодексу перш за все дасть селянам можливість набагато простіше й швидше орієнтуватися в великій кількості нормативних актів, які регулюють відносини в агропромисловій сфері.

Систематизація аграрного законодавства передбачає також його інституалізацію, тобто таку консолідацію законодавчого матеріалу, котра спрямована на формування окремих аграрно-правових інститутів або їх упорядкування без прийняття відповідного кодексу. Метою консолідації аграрного законодавства є усунення множинності нормативних актів, їх уніфікація та створення в структурі аграрного законодавства значних однорідних блоків як проміжної ланки між поточною правотворчістю та кодифікацією [5, с.94].

Окрім систематизації, науковцями пропонуються і інші способи вдосконалення аграрного законодавства, наприклад, адаптування українського законодавства до вимог СОТ [4, с.125], впровадження європейської практики правового регулювання аграрних правовідносин, у тому числі щодо оподаткування, а також меж державної підтримки агропромислового комплексу.

Окрім того, важливим відзначають підтримання ефективності аграрного законодавства шляхом офіційного нормативного тлумачення чинних нормативно-правових актів, що являє собою діяльність компетентних державних органів по роз'ясненню змісту нормативних актів, що є загальнообов'язковим.

Безпосередньо таке тлумачення здійснюється самим органом, який видав нормативно-правовий акт. Тлумаченню підлягають ті акти, які потребують їх роз'яснення в силу неясності їх тексту, труднощів під час їх застосування тощо. Об'єктивований вираз тлумачення аграрних нормативно-правових актів набуває у формі нормативних інтерпретаційно-правових актів, які сприяють однаково розумінню визначень термінологічних колізій. Вони мають допоміжно-роз'яснювальний характер стосовно останніх, деталізують окремі положення текстуальних визначень з метою забезпечення єдності розуміння законів і підзаконних актів [1, с.44].

Таким чином, виключно важлива роль у реалізації потенціалу України як аграрної держави належить аграрному законодавству, оскільки від його якості та ефективності суттєво залежать перспективи соціально-економічного розвитку держави, а тому видається доцільним здійснення його кодифікації, що стане вдалим рішенням для подолання кризових явищ в аграрному секторі України.

Література:

1. Білінська О. В. Щодо удосконалення законодавства, яке визначає формування та реалізацію державної аграрної політики України / О.В. Білінська // Форум права. – 2010. – №2. – С. 40-45.

2. Багай Н.О. Кодифікація аграрного законодавства України: окремі питання [Електронний ресурс] / Н.О. Багай // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного

університету. Юриспруденція. – 2013. – Вип. 6-1(2). – С. 124-126. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nvmgu_jur_2013_6-1\(2\)_32.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nvmgu_jur_2013_6-1(2)_32.pdf)

3. Духневич І. Перспективи систематизації аграрного законодавства / І.Духневич // Теорія і практика інтелектуальної власності – 2011. – № 1. – с. 85-92.

4. Правова система України: історія, стан та перспективи: Т. 4: Методологічні засади розвитку екологічного, земельного, аграрного та господарського права / [Ю. С. Шемшученко та ін.]; за заг. ред Ю.С. Шемшученка. – 2008. – 479 с.

5. Ющик О. І. Правова реформа і систематизація законодавства України / О. І. Ющик // Систематизація законодавства в Україні: проблеми теорії і практики: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. –К. : Інститут законодавства Верховної Ради України, 1999. – С. 88–94.

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

Громова Д.О.,

студент 45 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПИТАННЯ ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Ринок виробництва та обігу лікарських засобів функціонує на основі загальних правових принципів, властивих ринковій економіці, водночас маючи певні особливості, які відрізняють його від інших галузей економіки. Специфіку фармацевтичного ринку зумовлюють особливі підходи до регулювання господарської діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку.

Проблеми, що виникають на фармацевтичному ринку, так чи інакше пов'язані із забезпеченням охорони здоров'я населення, а тому є надзвичайно важливими.

Дослідження особливостей правового регулювання обігу фармацевтичного ринку в Україні залишається надзвичайно актуальним з огляду на поступове вдосконалення адміністративних, митних, господарських та міжнародних правовідносин, що входять у систему господарських правовідносин, які виникають на різних стадіях розробки, виробництва та обігу лікарських засобів.

Теоретико-методичну та практичну проблематику функціонування фармацевтичного ринку в Україні з точки зору господарсько-правових відносин, з різних сторін розглядали науковці усіх напрямків права, такі як О.М. Вінник, Д.В. Задихайло, В.К. Мамутова, О.П. Подцерковний, В.А. Устименко, В.С. Щербина та ін.

Як правило поняття фармацевтичного ринку визначають як ринок лікарських засобів та виробів медичного призначення. Щодо об'єктів такого ринку слушною є позиція В.М. Пашкова, який стверджує, що фармацевтична продукція має складатися із лікарських засобів та виробів медичного призначення [1]. Таким чином, лікарські засоби та вироби медичного призначення є головними елементами фармацевтичного ринку, при цьому похідними елементами ринку можна віднести також лікувальну косметику, спеціальні харчові продукти, біологічно активні добавки тощо.

У ході господарської діяльності на фармацевтичному ринку його суб'єктами (розробниками фармацевтичної продукції, її виробниками, імпортерами фармацевтичної продукції, дистриб'юторами фармацевтичної продукції, аптечними закладами, що займаються її безпосередньою реалізацією, та іншими закладами охорони здоров'я) реалізуються конституційне право на користування природними об'єктами права власності народу (ст. 13 ч. 1); право на захист з боку держави усіх

суб'єктів права власності і господарювання, а також соціальну спрямованість економіки (ст. 13 ч. 1); право кожного володіти, користуватися, розпоряджатися своєю власністю, результатами своєї інтелектуальної та (або) творчої діяльності (ст. 41), а найголовніше – встановлене ст. 42 КУ невід'ємне право на підприємницьку діяльність, що не заборонена законом [2].

Динамічний розвиток фармацевтичної галузі України не виключає наявність низки серйозних проблем ринку обігу лікарських засобів.

До негативних факторів, що впливають на особливості функціонування ринку лікарських засобів часто відносять соціально-економічні (пов'язані з убожінням населення); регуляторні (зарегульованість ціноутворення; особливий податковий тиск на галузь; відсутність продуманої фармацевтичної політики); внутрішньоринкові (проблеми ціноутворення та конкурентної політики).

До ключових проблем ринку науковці відносять недосконалість законодавчої бази у даній галузі, що тягне за собою гальмування процесів розроблення та провадження у виробництво нових лікарських засобів; формування нерівних умов доступу на ринок вітчизняних лікарських засобів порівняно із закордонними аналогами; неефективну протидію виробництву та обігу фальсифікату; безконтрольного та безпідставного збільшення цін на лікарські засоби та супутні вироби медичного призначення [2]. Таким чином, підприємницька діяльність провадиться в умовах господарської невизначеності та істотного ризику.

Важливо визнати деякі відмінності фармацевтичного підприємництва від інших видів господарської діяльності, а саме покладення в основу функціонування ринку саме соціально-етичну спрямованість, яка перетворюється в індивідуалізовану концепцію управління (діяльність, що базується на ґрунтовному сегментуванні ринку і направлена на задоволення потреб вузького кола людей або конкретної людини) [3].

Таким чином, фармацевтичний ринок характеризується певними особливостями, що виділяють його з поміж інших ринків товарів і послуг. Такими особливостями є специфічність товару, що реалізується на цьому ринку, спрямованого на забезпечення права населення на життя та здоров'я, як одного з ключових немайнового блага; обов'язкова державна реєстрація продукції фармацевтичного ринку; специфіка застосування дозвільних процедур на фармацевтичному ринку; більш розширений перелік регулюючого впливу держави, ніж передбачено в Господарському Кодексі України.

Література:

1. Пашков В.В. Господарсько-правові аспекти промислового виробництва інноваційних лікарських засобів [Електронний ресурс] / В. Пашков // Вісник Академії правових наук України. – 2011. – № 4. – С. 126-136. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/varpu_2011_4_14.pdf

2. Ворон Р.О. Особливості здійснення господарської діяльності на фармацевтичному ринку [Електронний ресурс] / Р. О. Ворон // Право і суспільство. – 2012. – № 5. – С. 37-42. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Pis_2012_5_10.pdf

3. Іванійчук Т. Ю. Механізм правового регулювання обігу лікарських засобів, як складова його правового режиму / Т. Ю. Іванійчук // Форум права. – 2014. – № 2. – С. 149–153. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2014_2_27.pdf

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.

*Гутиря С.О.,
студент 46 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ БІОІМПЛАНТАТІВ

З давніх-давен люди цікавилися чи є можливість «оновити» свій організм, замінивши зношені чи хворі органи на здорові. Перші згадки про пересадки тканин від тварини людині відносяться до грецької міфології, а середньовічні легенди розповідають про успішні пересадки кінцівок від однієї людини до іншої.

Першу у світі трансплантацію нирки від померлої людини до хворої людини було здійснено українським вченим Ю.Ю. Вороним у 1933 році, та пацієнтка якій було пересаджено нирку померла на другу добу. У Бостоні в США в 1954 році була здійснена перша успішна операція з пересадки нирки, проводили її Дж. Мюррей і Дж. Меріл. На сьогодні в Україні функціонують 7 центрів органної трансплантації: в Донецьку, Києві, Одесі, Харкові, Запоріжжі, Дніпропетровську та Львові. На території України проживає 894 особи з персадженими органами. Кількість органних трансплантацій в Україні не перевищує 100–117 на рік.

Вивченням правового питання трансплантації займалися такі вітчизняні та іноземні вчені-правознавці: В.К. Гришук, Н.Б. Болотіна, Г.М. Красновський, О.В. Тіхоміров, К.М. Сапежко.

Трансплантація як метод лікування регулюється низкою нормативно-правових актів, зокрема, Конституцією України, Цивільним кодексом України від 16 січня 2003 року № 435-IV, Законом України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» від 16 липня 1999 року №1007-XIV, Законом України «Про поховання та похоронну справу» від 10 липня 2003 року № 1102 IV, Основами законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року № 2801 XII. На законодавчому рівні це поняття визначено у Законі України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», а саме у статті 1 воно сформульовано так: трансплантація – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини. Донор – особа, у якої за життя або після її смерті взято анатомічні матеріали для трансплантації або для виготовлення біоімплантатів, реципієнт – особа, для лікування якої застосовується трансплантація.

У статті 9 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» виокремлено декілька видів анатомічних матеріалів або засобів, які можуть бути використані для трансплантації: гомотрансплантанти – анатомічні матеріали живої людини; біоімплантанти – засоби, виготовлені з анатомічних матеріалів померлих людей; ксенотрансплантанти – анатомічні матеріали тварин; фетальні матеріали – анатомічні матеріали мертвого ембріона.

Окрім проблем транспортування, зберігання та самої пересадки органів не менш важливою є морально-етична проблема трансплантації. Не дивлячись на незначну кількість пересадок, що здійснюється у нашій державі, ця проблема є важливою, оскільки окремо взята кожна трансплантація ставить перед суспільством цілу низку питань морально-етичного характеру [1]. На сьогодні саме органи померлих використовуються переважно для трансплантації у більшості країн. Здавалося б, у випадку вилучення органів у померлої людини не виникає жодних перешкод. Але вони є, і досить складні. З різних позицій, зокрема світської, релігійної, воля помер-

лого є обов'язковою до виконання. І релігійні догми, і закон забороняють завдавати ушкодження тілу померлої людини. Так, ст. 297 КК України забороняє наругу над тілами померлих [2].

У медичному праві існує дві основні юридичні моделі правомірності експлантації органів померлих людей для трансплантації: презумпція згоди на вилучення органів; презумпція незгоди на вилучення органів [3]. Саме ці аспекти регулюються ст. 16. Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», яким передбачена можливість забору органів та інших анатомічних матеріалів у донора-трупа за умови, якщо дієздатна і повнолітня людина за життя заявила про згоду або незгоду на посмертний забір органів. Якщо ж такої заяви немає, то цю згоду можна отримати у близьких родичів. Нині презумпція незгоди діє у 64% держав, де виконуються трансплантаційні втручання, відповідно у 36% держав, діє презумпція згоди [4].

Цікавою є думка, висловлена відповідальним секретарем Асоціації трансплантологів України Андрієм Костенком який зазначає, що у всіх країнах світу практика пересадки органів від трупного донора ґрунтується на ідеї права на тіло людиною, розпоряджаючись тілом людини, держава незаконно привласнила собі право влади на її існування та життя. Індивід має право зберігати поле недоторканності, в яке держава не має втручатися. Насамперед, родинні зв'язки переважають над державними інтересами і це у пріоритеті української нації.

Головним критерієм при вирішенні питання чи будуть вилучені органи померлої особи як донорські має бути запитання: чи є в померлої людини родичі? У разі, коли людина померла і згоди на використання її органів не було нею надано, а близькі родичі проти втручання в її тіло, то звичайно, що в такому випадку використання її органів буде нести певну моральну шкоду родичам, для яких смерть близької особи і так є достатньо сильним потрясінням і, зрозуміло, що їм хочеться залишити тіло померлого без втручання. У випадку ж, якщо особа померла за життя не написавши згоди на використання її органів як донорських, а близьких родичів у неї немає, використавши її органи по суті не завдається нікому ніякої шкоди, так як, родичів почуття яких би це зачепило немає, а орган вилучений з тіла померлої людини може врятувати життя іншій людині, але презумпція незгоди не дозволяє цього зробити, хоча статтею 3 Конституції України закріплено, що життя та здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю. Презумпція згоди дозволяє збільшити шанси на життя хворим людям, які потребують трансплантації.

Отже, трансплантація є великим досягненням сучасної медицини. Пересадка органів та інших анатомічних матеріалів від померлої людини до живої, на сьогодні, використовується у більшості країн, це дозволяє зберегти життя хворим людям, які потребують трансплантації, але через презумпцію незгоди, яка діє у більшості держав світу, включаючи Україну шанс на врятування життя людині, що потребує трансплантації зменшується. Можливо, вирішення проблеми стало б доповненням та внесенням змін до існуючих нормативно-правових актів, закріпивши в них дозвіл на вилучення органів як донорських у осіб, що не мають родичів.

Література:

1. Некрасов В.А. Трансплантація органів і тканин людини: принципи правового регулювання [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_208.pdf.

2. Анікіна Г. Особливості правового регулювання трансплантації органів від померлого донора [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.prazovznavec.com.ua/period/article/14299/%C3>.

3. Волкова О. Правові аспекти регулювання трансплантології в сучасній практиці [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://refereed.ru/ref_08bc66db894ec07156f77b8d8916bae6.html.

4. Городецька А. Трансплантаці в Україні: хто стоїть на шляху розвитку та успіху [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/?p=29255>.

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

Дейнека В.С.,

студент 45 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО ГРОМАДЯН НА БЕЗПЕЧНЕ ДЛЯ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я НАВКОЛИШНЄ ПРИРОДНЕ СЕРЕДОВИЩЕ

Питання забезпечення права громадян на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище відображене в ст. 6 Закону України «Про основи національної безпеки України» [1, Ст. 351]. Визнання необхідності забезпечення цього права одним із пріоритетних напрямків в сфері національної безпеки дозволяє стверджувати про його важливість.

Розглядуване питання досліджувалося в працях М.Н. Малєїної, Л.В. Малюги, І.Боровської, І.В. Спасибо-Фатєєвої, В.С. Толстого і т.д.

Для розуміння змісту права громадян на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище необхідно визначити його складові та сформулювати процедуру його реалізації суб'єктами цього права.

Малєїна М. Н. наполягає на широкому аспекті можливостей особи, наданих для реалізації права на сприятливе навколишнє природне середовище [2, с. 98]. Перш за все, основним аспектом цього права є повноцінний доступ до використання всіх ресурсів такого середовища, а саме: чистих плодів і благ природи, дихання чистим повітрям і відсутність негативного впливу шуму й вібрації на здоров'я. Другий аспект права полягає в здатності змінювати та пристосовувати навколишнє природне середовище для сприятливого існування. Третя складова права передбачає законодавчі гарантії держави щодо доступу осіб до екологічної інформації про стан та систему заходів стосовно навколишнього природного середовища та можливості захисту своїх прав, про що також говорить і М. Краснова [3, с.46]. Такий підхід дозволяє стверджувати як про комплексний характер права громадян на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище, так і про усвідомлення важливості дослідження та врегулювання юридичних можливостей для його реалізації.

Право громадян на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище охоплює регулювання, з одного боку, як права окремої людини, так і всього населення на належний рівень здоров'я, а з іншого – обов'язку уповноважених органів публічної влади підтримувати показники навколишнього природного середовища на рівні, достатньому й необхідному для нормального забезпечення прав у сфері охорони здоров'я та, за Морозовською Т.В., задоволення екологічних потреб й позитивного впливу на життя, здоров'я і добробут людини [4, с. 8]. Андрійцев В. І. зазначає, що захищеність права громадян на навколишнє природне середовище, безпечне для життя і здоров'я, гарантується підтримкою належного стану розвитку со-

ціальних правовідносин та зв'язків [5, с. 12,25], що може бути забезпечено шляхом створення й підтримання з боку держави системи спеціальних способів та засобів заходів, що забезпечують запобігання погіршення екологічної обстановки [6, с. 28].

Отже, одним з ключових аспектів належної реалізації досліджуваного права виступає діяльність держави по встановленню механізмів, що будуть зберігати оптимальний стан навколишнього природного середовища для задоволення основних потреб людей, зокрема й у сфері охорони здоров'я.

Науковці, що вивчають це питання з практичного боку, стверджують, що забезпечення права на безпечне навколишнє природне середовище здійснюється за допомогою системи державних регуляторів і стимулів, які направлені на неухильне суворе дотримання як санітарно-протиепідемічних, так і санітарно-гігієнічних норм і правил, а також за допомогою організації державного санітарного нагляду та спеціального комплексу санітарно-протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів. При цьому вчені зазначають що це право належить до комплексу конституційних прав, що опосередковано стосуються охорони здоров'я [7, с.22].

Гетьман А.П., Анісімова Г.В. та Шульга М.В. розглядають досліджуване право як забезпечувану державою юридичну можливість особи жити у безпечному навколишньому природному середовищі за умов незаподіяння шкоди життю та здоров'ю, а в разі здійснення порушень щодо цього права – використовувати всі передбачені в законодавстві форми захисту [8, с. 16].

Під час аналізу стану дотримання прав у сфері охорони здоров'я низка правових організацій однією з законодавчих гарантій належного забезпечення цих прав, закріплених в тому числі в Основах законодавства України про охорону здоров'я, називає можливість особи звернутися до уповноважених державних органів щодо відшкодування шкоди, завданою здоров'ю [9, с. 12-15].

Отже, основні дві групи правових механізмів у цій сфері складають: закріплені на нормативному рівні стандарти, які визначають рамки й межі належного забезпечення права на безпечне навколишнє природне середовище; і порядок захисту прав у сфері охорони здоров'я за умови недотримання вищезазначених правил.

Підкреслюючи синергію екологічних прав індивіда та прав у сфері охорони здоров'я, Г. І. Балюк зауважує необхідність визнання пріоритету охорони життя і здоров'я людини в якості принципу охорони навколишнього природного середовища [10, с. 18-21]. У даному випадку охорона останнього позиціонується як глобальне явище, належне здійснення якого забезпечується, в тому числі й якісним підтриманням здоров'я населення в контексті забезпечення права на безпечне навколишнє природне середовище.

Таким чином, належна реалізація права громадян на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище полягає як в забезпеченні доступної та оптимальної системи заходів щодо рівних можливостей безпечного використання ресурсів навколишнього природного середовища, так і в наданні особам права на отримання необхідної інформації про стан навколишнього природного середовища, у тому числі й для захисту своїх прав. Отже, зміст досліджуваного права полягає в можливості особи жити в безпечному для здоров'я та життя середовищі та захищати свої порушені права у сфері охорони здоров'я в цьому аспекті в разі заподіяння їм шкоди.

Література:

1. Про основи національної безпеки України: закон України від 19.06.2003 № 964-IV // Відом. Верхов. Ради України. – 2003. – №39. – Ст. 351.
2. Малєина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита / – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЗ Пресс, 2001. – 244 с.
3. Краснова. М. Право громадян на екологічну інформацію: проблеми гарантій реалізації та захисту // Право України. – 1997. – № 3. – С. 46.
4. Морозовська Т.В. Екологічні права громадян України та ЄС: порівняльний аналіз: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.06 / Т.В. Морозовська. – К., 2012. – 19 с.
5. Андрейцев В. І. Право екологічної безпеки : [навч. та наук.-практ. посібник] / В. І. Андрейцев. – К., 2002. – 332 с.
6. Экология: [учеб. пособ.] / под общей ред. С. А. Боголюбова. – М.: Знание, 1999. – 288 с.
7. Практичне право: права пацієнтів (Інтерактивний курс медичного права): навч. посіб. / Галай В. О., Гречанюк С. К., Сенюта І. Я. та ін.; за ред. С. Г. Стеценка та А. О. Галай. – К.: КНТ, 2009. – 224 с.
8. Анісімова Г.В. Здійснення громадянами екологічних прав: Автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.06 / Г.В. Анісімова. – Х., 1996. – 22 с.
9. Права людини в галузі охорони здоров'я. – Харків: Права людини, 2011. – 176 с.
10. Балюк Г. І. Екологічне право України: Конспект лекцій у схемах (Загальна і Особлива частини): Навч. посібник / Г. І. Балюк. – К.: Юрінком Інтер, 2006. – 192 с.
Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Дейнека В.С.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ПРО РЕКЛАМУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Актуальність досліджуваної теми обумовлена змінами в законодавстві з питань рекламування лікарських засобів, а також розробленням низки підзаконних нормативно-правових актів, що значно вплинули як на фармацевтичний ринок України в цілому, так і на ринок реклами лікарських засобів.

Відносини у цьому напрямі досліджувались: А.І. Черемною (адміністративно-правовий (управлінський) аспект у рекламній діяльності), О. Р. Шишкою (договір на створення і поширення реклами), Г.О. Уляною (захист авторських прав у праввідносинах рекламного спрямування).

Чинним законодавством України (ч. 1 ст. 21 Закону України «Про рекламу», ч. 4 ст. 26 Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р.) дозволяється реклама: 1) лікарських засобів, медичних виробів і методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, які в установленому порядку дозволені до застосування в Україні; 2) лікарських засобів, які відпускаються без рецепта лікаря і які не внесені до переліку лікарських засобів, заборонених до рекламування.

У свою чергу, законодавством забороняється реклама: 1) лікарських засобів, застосування та відпуск яких дозволяється тільки за рецептом лікаря, а також внесених до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів; 2) допінгових речовин та / або методів для їх застосування в спорті.

Відповідно до статті 21 Закону України «Про рекламу» від від 03.07.1996 р. – реклама лікарських засобів та медичних виробів повинна містити: об'єктивну інформацію про лікарський засіб, медичний виріб і здійснюватися так, щоб було зрозуміло, що наведене повідомлення є рекламою, а рекламований товар є лікарським засобом, медичним виробом; вимогу про необхідність консультації з лікарем перед застосуванням лікарського засобу чи медичного виробу; рекомендацію щодо обов'язкового ознайомлення з інструкцією на лікарський засіб; текст попередження такого змісту: "Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я", яке займає не менше 15 відсотків площі (тривалості) всієї реклами.

Реклама лікарських засобів і медичних виробів не може містити посилань на терапевтичні ефекти стосовно захворювань, які не піддаються або важко піддаються лікуванню.

У свою чергу відповідно до ч. 13 ст. 21 Закону України «Про рекламу» передбачено, що вищевказані положення не поширюються на рекламу лікарських засобів, медичних виробів, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, яка поширюється в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також яка розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Дане положення також знаходить своє відображення в Порядку реклами лікарських засобів, призначеної для медичних закладів і лікарів, затвердженого Міністерством охорони здоров'я від 10 червня 1997 р. №177, де визначено, що реклама лікарських засобів, яка призначена для медичних закладів і лікарів, здійснюється тільки через спеціалізовані друковані засоби інформації, розраховані на медичних і фармацевтичних фахівців.

Цікавим є питання визначення поняття «спеціалізоване видання», оскільки на сьогоднішній день у чинному законодавстві України відсутнє, що дає можливість його вільного тлумачення.

Слід зазначити, що порядок реєстрації друкованого засобу масової інформації встановлений Законом України «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні» від 16.11.1992 р., згідно статей 11, 12 якого друкований засіб масової інформації може видаватися після його державної реєстрації. Державній реєстрації підлягають усі друковані засоби масової інформації, що видаються на території України, незалежно від сфери розповсюдження, тиражу і способу його виготовлення. Підтвердженням проведення державної реєстрації є Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації.

При цьому слід зазначити, що реєстрація каталогу товарів або іншого виду видання з метою надання йому статусу спеціалізованого видання є лише одним із способів тлумачення наведеного в Законі України «Про рекламу» поняття «спеціалізоване видання» і однією з форм реалізації права на розміщення в такому спеціалізованому виданні реклами лікарських засобів.

Наразі відсутнє нормативне регулювання проведення обов'язкової реєстрації спеціалізованого видання рекламного характеру, до яких належать, наприклад, видання, що поширюються серед певних категорій лікарів. При цьому, наявність такої процедури значно спростила б процес доказування факту розміщення реклами лікарських засобів саме в спеціалізованому виданні на виконання рекламодавцем вимог Закону України «Про рекламу».

Також ряд обмежень, встановлено для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності стосовно реклами лікарських

засобів та медичних виробів після набрання чинності 1 серпня 2012 року Закону України «Про внесення зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо встановлення обмежень для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності» від 04 липня 2012 року. Вищезазначеним нормативно-правовим актом передбачено внесення змін до Розділу X Основ законодавства України про охорону здоров'я відповідно до яких медичні та фармацевтичні працівники під час здійснення ними професійної діяльності не мають права:

- одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, виробів медичного призначення, їх представників неправомірну вигоду;

- одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, виробів медичного призначення, їх представників зразки лікарських засобів, виробів медичного призначення для використання у професійній діяльності (крім випадків, пов'язаних з проведенням відповідно до договорів клінічних досліджень лікарських засобів або клінічних випробувань виробів медичного призначення);

- рекламувати лікарські засоби, вироби медичного призначення, у тому числі виписувати лікарські засоби на бланках, що містять інформацію рекламного характеру, та зазначати виробників лікарських засобів (торговельних марок);

- на вимогу споживача під час реалізації (відпуску) лікарського засобу не надавати або надавати недостовірну інформацію про наявність у даному аптечному закладі лікарських засобів з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, зокрема приховувати інформацію про наявність таких лікарських засобів за нижчою ціною.

Отже, рекламування лікарських засобів має певні особливості: по-перше, воно здійснюється на дозвільній основі, в по-друге, має загальних та професійних споживачів. Це зумовлює необхідність не тільки в деталізації реклами лікарських засобів за певними їх видами та на певні категорії споживачів рекламного продукту, але й беззаперечне дотримання встановлених правил. Основним при оцінці правомірності такої діяльності є забезпечення права на життя та здоров'я.

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

*Денисенко І.М.,
студент 41 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ДИСТАНЦІЙНА ТОРГІВЛЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ

Такі форми дистанційної реалізації товарів аптечного асортименту, як інтернет-аптеки, або on-line аптеки, набувають усе більшої популярності в багатьох країнах світу. Але, незважаючи на значний досвід роботи інтернет-аптек за кордоном, існує ряд серйозних проблемних питань, пов'язаних з цим видом діяльності, які досі не вирішені і є предметом постійних дискусій. В Україні після прийняття змін до ліцензійних умов існування інтернет-аптек як окремих бізнес-одиниць стало неможливим, бо реалізація лікарських препаратів через установи, що не відповідають ліцензійним умовам, заборонена.

Установлено, що для деяких категорій пацієнтів звернення до on-line аптек надає ряд істотних переваг у порівнянні з відвідуванням «реальної» аптеки, наприклад, для інвалідів та людей, що мешкають далеко від найближчої аптеки. Окрім

того, в Інтернеті існує широка можливість вибору найпривабливішої компанії, що пропонує вигідніші умови продажу в порівнянні з сотнями інших. А також існує і зручний для користування механізм вибору ЛЗ. До додаткових позитивних моментів можна віднести доступ покупця до інструкцій та інших довідкових матеріалів про ЛЗ у режимі on-line, а також те, що факт вибору і придбання ЛЗ залишається конфіденційним [1].

Торгівля ЛЗ не може здійснюватися через будь-які інші заклади, окрім аптекних, та поза ними. Таким чином, створення on-line аптеки як окремої господарсько-організаційної установи без існування «реальної» аптечної установи, що має дозвіл на роздрібну реалізацію ЛЗ, стає неможливим. Крім того, ліцензійні умови містять заборону на транспортування ЛЗ громадським транспортом, рейсовими автобусами міжміського сполучення, залізничним транспортом для пасажирськи хперевезень та поштою. Таким чином, досить популярний для багатьох інтернет-аптек спосіб доставки ЛЗ за допомогою поштових пересилок потрапляє під заборону, і єдиним можливим шляхом доставки ЛЗ, замовлених по телефону або через Інтернет, залишається лише кур'єрська доставка.

Слід також зазначити, що такі жорсткі вимоги стосуються тільки ЛЗ. Дистанційна реалізація інших груп аптечного асортименту, наприклад, парафармацевтичних товарів, дієтичних добавок, не має таких обмежень. Введення в обіг та/або в експлуатацію медичних виробів дозволяється тільки в разі, коли вони повністю відповідають вимогам технічних регламентів, за умови належного постачання, встановлення, технічного обслуговування та застосування їх за призначенням. Вказані характеристики медичних виробів як товарів свідчать про те, що результати господарської діяльності з їх виробництва та торгівлі можуть суттєво впливати на здоров'я і життя споживачів даних товарів, а тому потребують встановлення для суб'єктів господарювання, що їх здійснюють, більш жорстких правил провадження даних видів діяльності порівняно з іншими видами господарювання. Порівнюючи дані види господарської діяльності з виробництвом та торгівлею лікарськими засобами, слід зазначити, що дистанційна торгівля лікарськими засобами законодавством заборонена. Разом з тим таких обмежень щодо торгівлі медичними виробами законодавство України не містить. На мою думку, зважаючи на безпосередній вплив застосування медичних виробів на життя та здоров'я людей, а також враховуючи підвищену небезпеку, пов'язану із розповсюдженням дистанційно фальсифікованих медичних виробів, дану вимогу законодавця варто поширити також і на медичні вироби. Адже наслідки використання неякісного медичного виробу можуть мати навіть більш негативний вплив на здоров'я та життя споживачів, ніж застосування деяких лікарських засобів [2].

Таким чином, на сьогоднішній день вітчизняні інтернет-аптеки можуть працювати лише як філії «реальних» аптек задля розширення додаткових послуг, призначених не стільки для отримання прибутку, скільки для покращення доступності ЛЗ для населення.

Література:

1. Беспалов Н. Лекарства on-line / Н. Беспалов // – Режим доступу до статті: http://www.stratostat.ru/article_07.
2. Коротич Є.О. Особливості правового статусу суб'єктів господарювання, що виробляють та здійснюють торгівлю медичними виробами /право і суспільство// – 2013. – № 6-2. – Режим доступу: irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin.

*Денисенко О.О.,
студент 21 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМА КОНСТИТУЦІЙНОСТІ ПОВНОЇ ЗАБОРОНИ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Наразі в Україні для реклами лікарських засобів використовується доктрина доступності інформації, зокрема права на поширення та права на отримання інформації. Відповідно, такий підхід має ряд побічних наслідків, зокрема для людей, які схильні без призначень вживати лікарські та інші засоби. Особливо актуальною ця тема постає також у зв'язку з заборонаю реклами лікарських засобів передбаченої Коаліційною угодою 2014 року, постійними правовими та медичними дискусіями на дану тему та зареєстрованим 7 жовтня 2015 року законопроектом № 3246 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо заборони реклами лікарських засобів).

Мета роботи – розглянути сучасний стан правового регулювання реклами лікарських засобів в Україні, виявити та проаналізувати деякі прогалини в цій сфері.

Основними нормативно-правовими актами для дослідження даної проблеми є Конституція України, Закони України «Про рекламу», «Про лікарські засоби», «Про рекламу лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації», Порядок реклами лікарських засобів, призначеної для медичних закладів і лікарів.

Відносини у цьому напрямі досліджувались вченими-юристами: А.І. Черемноюю (адміністративно-правовий (управлінський) аспект у рекламній діяльності), О. Р. Шишкою (договір на створення і поширення реклами), Г.О. Ульявною (захист авторських прав у правовідносинах рекламного спрямування).

Головним мотивом такого радикального заходу як повна заборона реклами лікарських засобів виділяють відсутність забезпечення на законодавчому рівні достатньої поінформованості споживачів, внаслідок чого публічна реклама ліків складає загрозу здоров'ю нації та її генофонду. [3]

Проте неможливо ігнорувати той факт, що стаття 34 Конституції України закріплює право громадян «вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію», яке охоплює, зокрема, право на безперешкодну можливість отримувати відомості із загальнодоступних джерел, у тому числі з реклами.

Необхідність забезпечення реалізації цього права також впливає статті 50 Основного закону, яка гарантує кожному право вільного доступу до інформації про якість харчових продуктів та право на поширення такої інформації. Визнаючи медикаменти джерелом навіть більшої небезпеки для життя і здоров'я людини, зазначимо, що тим більше право вільного доступу й поширення даних про їх якість ліків є необхідним. Адже відповідно до чинного законодавства, реклама – це інформація про товар, призначена у тому числі сформулювати або підтримати обізнаність споживачів про той чи інший товар. [1]

Звичайно, Конституція України з метою охорони здоров'я населення передбачає можливість обмеження здійснення права на інформацію на підставі відповідного закону. Однак виникає питання, наскільки повна заборона публічної реклами ліків у даному випадку є необхідним і належним засобом регуляції.

З аналізу практики Конституційного Суду Німеччини щодо цієї проблеми вбачається, що з конституційної точки зору заборона реклами може бути виправ-

даною лише у тому випадку, якщо існують докази необхідності такої заборони для забезпечення суспільного блага. Отже, обмеження конституційного права на інформацію повинне ґрунтуватися на відповідних доказах, і здійснюватися в межах адекватності відносно протилежних інтересів.[2]

Додатковим аргументом на противагу змінам у законодавстві є гарантоване статтею 42 Конституції України право кожного на підприємницьку діяльність та обов'язок держави забезпечити захист конкуренції у підприємницькій діяльності. Таким чином, повна заборона публічної реклами лікарських засобів обмежує дане право, так як підприємницька діяльність як діяльність з метою отримання прибутку охоплює не лише виробництво і продаж продукту, а й інформацію про продуктта його виробника з метою сприяння збуту.

Крім того, стаття 27 Основного закону гарантує кожному невід'ємне право на життя, а держава несе обов'язок захищати життя людини. Презюмується, що право особи на самолікування є складовою даного права. Отже, повна заборона публічної реклами лікарських засобів позбавить пацієнта варіативності поведінки у випадку захворювання.

Виходячи з вищезазначеного, можна зробити висновок, що такий радикальний спосіб як запровадження повної заборони реклами будь-яких лікарських засобів суперечитиме Конституції України. У той же час, зазначимо, що досягти переслідуваної мети – охорони здоров'я населення – доцільніше чітким законодавчим врегулюванням вимог та обмежень щодо реклами медикаментів, передбаченням жорстких санкцій за порушення рекламного законодавства та встановленням дієвих засобів контролю за дотриманням цих вимог та обмежень. В основу такого регуляторного механізму може бути покладено законодавство Німеччини та інших європейських країн.

Література:

1. Комаров В. А. Організаційно – правові засади реклами лікарських засобів в Україні // Міжнародний юридичний вісник: збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України – Вип.1 (2) – 2015.

2. Юнко М. «Побічні ефекти» повної заборони реклами ліків в Україні // Аптека – 2010 - № 758 (37) / Електронне джерело: <http://www.apteka.ua/article/53858>

3. Приходько О. Реклама лікарських засобів в Україні: шляхи врегулювання проблемних питань // Аптека – 2015 - № 1006 (35) /Електроннеджерело: <http://www.apteka.ua/article/343995>

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Дерикаптан С.Я.,

студент 43 групи

ПНОУ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ПРОБЛЕМАТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІЛ/СНІД

В Україні дуже гостро стоїть питання правової та соціальної ізоляції вразливих верств населення через відсутність інформації про їхні права та механізми їх захисту. Особливо це стосується осіб, які мають хвороби, що за своїми наслідками та масштабами здатні суттєво впливати на демографічну ситуацію і в такій якості виступати умовою виживання не тільки окремих народів, а і людства в цілому. Саме до таких захворювань і відносять СНІД – синдром набутого імунodefіциту.

Аналіз шляхів розповсюдження, негативних наслідків для суспільного здоров'я та інших аспектів поширення соціальних хвороб а також проблем правового забезпечення цих питань, уже давно перебувають у центрі уваги вітчизняних науковців. Зокрема, у цьому напрямку досліджень присвячені праці таких науковців як Семигіна Т.В., Вовкогон О.Ю., Фещенко Ю.І., Шевчук Л.Т., Левчук Н.М., Хожило І.І., та інші. У той же час, це не дає змогу вирішити питання правового та соціального спрямування у галузі захворювання на СНІД, і саме тому ця тема залишається актуальною по сьогоднішній день.

Перші випадки захворювання на ВІЛ/СНІД були виявлені ще на початку 80-х рр. минулого століття. Дослідники говорять зараз про епідемію цієї хвороби на території деяких країн, в тому числі й в Україні. З метою недопущення поширення інфекції та захисту прав хворих держава взяла на себе зобов'язання забезпечити постійний епідеміологічний контроль за поширенням ВІЛ-інфекції на території України, заходи та засоби профілактики, обов'язкове тестування з метою виявлення ВІЛ-інфекції крові а також інші заходи [3, с. 364].

Законодавство України у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, спеціальних Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» та ін.. Найголовнішим актом у цій системі виступає Закон України «Про запобігання захворюванням на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» яким встановлено, що громадяни України ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД користуються всіма загальними правами, встановленими чинним законодавством, а також мають специфічні відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, що мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини; безкоштовне забезпечення ліками; безкоштовний проїзд до місця лікування та у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування та інші [1]. Кабінет Міністрів України затвердив Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 рр., що додатково передбачила цілу низку заходів щодо реалізації положень вище названого Закону, передбачено відповідне фінансування як за рахунок державних коштів, так і благочинних внесків [3, с. 364].

Попри всі вжиті на державному рівні заходи, можна все ж відмітити високий рівень стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД. Стигматизація – це упереджене, негативне ставлення до окремої людини чи групи людей, пов'язане з наявністю у неї/них якихось властивостей чи ознак (у нашому випадку – ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД). Вона виявляється опосередковано через поширення в суспільстві негативного ставлення, що пізніше призводить до дискримінації як прямого порушення прав людини. Свідомо чи несвідомо суспільство проводить політику знецінення людей, які живуть або асоціюються з ВІЛ/СНІДом. Всі ці чинники ведуть до погіршення здоров'я, знижують якість життя, інколи хворі вчиняють суїцид [2, с.313].

Дискримінація людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, або таких, кого підозрюють у наявності такої недуги, є порушенням прав людини. Частіше всього порушуються такі права: вільний доступ до ефективних та обґрунтованих профілактичних послуг; доступність повноцінного лікування; правові гарантії щодо вибору місця проживання та міграції; пошук у разі необхідності притулку; право на працю в таких

умовах, коли враховується статус ВІЛ-інфікованого; шлюб та створення сім'ї; доступність освіти особливо ВІЛ-інфікованих дітей; свободу від катувань та жорстокого поводження чи покарання. Гарантування та дотримання прав хворих та інфікованих на ВІЛ/СНІД надасть можливість зробити доступними медичні послуги; особливим чином врахувати потреби менш захищених – жінок і дітей; розгорнути масовану профілактичну роботу в суспільстві [1].

Отже, виходячі з вищевикладеного, можна зробити висновок, що особи, які мають захворювання на СНІД, є мало захищеною верствою населення, у зв'язку з чим, потребується більш деталізоване закріплення захисту їх прав на законодавчому рівні. Вимога поваги до прав людини в Україні та й в Європі в цілому є виправданою. Держави залежно від своїх особливостей вводять достатньо високі стандарти щодо захисту прав усіх громадян. Таким чином, становлення ефективної політичної демократії в державі надасть можливість забезпечити права, зокрема вразливих верств населення, на національному рівні, й додатково гарантувати їх на європейському рівні.

Література:

1. Радчук О.П. Європейська конвенція про захист прав найбільш уразливих верств населення / О.П. Радчук // Теорія і практика правознавства. – 2014 р. – Вип. 1 (5)
2. Якобчук А.В. Порівняльний аналіз чинного національного законодавства з протидії епідемії ВІЛ/СНІДУ в Україні / А.В. Якобчук // Україна. Здоров'я нації. – 2012 р. – № 3 (23). – С.312 – 319
3. Купалов М.М. До питання про формування системи протидії поширенню соціально небезпечних хвороб в Україні / М.М. Купалов // Актуальні проблеми права: теорія і практика. – 2012 р. – №25. – с.363 – 369

*Дзюбенко В.О.,
студент 4 курсу
ПІОУ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ (ЦІЛИТЕЛЬСТВА) В УКРАЇНІ

За даними федерації сприяння охороні здоров'ю щороку до народних цілителів звертаються більше 5 млн. людей. Враховуючи такий попит населення питання правового регулювання діяльності у сфері народної медицини є актуальним.

В Україні народна медицина існує паралельно з офіційною. Це підтверджується положенням ч. 1 ст. 74¹ ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, де народна медицина (цілителство) визначається як методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації.

Положенням про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини, затвердженим наказом МОЗ України 11.02.98 № 36, цілитель визнається як особа, яка не має спеціальної медичної освіти, але володіє певним обсягом професійних знань та вмінь в галузі народної та нетрадиційної медицини.

Процедура легалізації зайняття цим видом діяльності врегульована цілим комплексом нормативно-правових актів.

Так, право на зайняття народною медициною (цілительством) мають особи, які не мають спеціальної медичної освіти, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи – підприємці та отримали спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством), виданий центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (ч. 2 ст. 74¹ Основ).

Процедура отримання спеціального дозволу врегульована Порядком видачі та анулювання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством), затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2012 р. № 1145.

Згідно п. 2 цього Порядку особа повинна подати до МОЗ заяву про видачу спеціального дозволу. Крім того, згідно п. 3 Порядку додати до заяви в одному примірнику: відомості про місце зайняття народною медициною (цілительством) та облаштування приміщення, призначеного для зайняття народною медициною (цілительством), за встановленою МОЗ формою; завірені в установленому порядку копії: висновку державної санітарно-епідеміологічної експертизи та отриманого в установленому МОЗ порядку атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особі цілительських здібностей.

Щодо механізму отримання атестаційно-експертного висновку, то він передбачений Порядком видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особі цілительських здібностей, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2013 № 822. Відповідно до цього Порядку особа повинна пройти співбесіду, атестацію та експертну оцінку цілительських здібностей. Для проходження співбесіди претендент надає МОЗ України документи, передбачені пунктом 1.5 Порядку. У разі надання всіх документів особі надається направлення до установи, визначеної МОЗ України, для проходження атестації та експертизи.

За своєю суттю атестація являє собою теоретичний етап, на якому шляхом проходження тестових та ситуаційних завдань встановлюється рівень підготовки особи курсу основ медичних знань та заявленого претендентом методу народної медицини. Лише після отримання позитивного результату (70 % і більше правильних відповідей) особа допускається до проходження експертизи.

Експертиза передбачає вже перевірку практичних навичок та вмінь. Експертна оцінка проводиться у клінічних відділеннях. Здібності претендента до діагностики та/або лікування перевіряються на відібраних пацієнтах. Результат вважається позитивним, якщо ефект спостерігається не менше ніж у 80 %.

Крім того Положенням про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини, затвердженим наказом МОЗ України 11.02.98 № 36, встановлюється перелік обов'язків цілителя. Так одним з таких обов'язків є здійснення медичної діяльності в галузі народної медицини під контролем лікаря або в умовах лікувального закладу (п. 1. 1 Положення).

Як бачимо процедура отримання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством) є доволі довгою та складною, тому багато осіб не дотримується цієї процедури і працює нелегально, пред'являючи пацієнтам фальшиві дозволи. У зв'язку з цим деякі дослідники, зокрема Дудка В. В., Євтушенко В. В., пропонують зробити можливим вільний доступ населення через мережу Інтернет до реєстру виданих дозволів. Особливістю такого методу швидкого отримання інформації є те, що таким реєстром можуть скористатися пересічні громадяни будь-де і

будь-коли. І вже потім самостійно зможуть вирішувати, звертатися їм за допомогою в лікуванні чи ні [1, 113].

Також постає низка питань щодо осіб, які отримали спеціальну медичну освіту, але виявили бажання займатися не офіційною, а народною медициною. По-перше, є дещо незрозумілим чи мають вони взагалі змогу працювати у цій сфері, оскільки у вищезазначених нормативних актах цілитель визнається як особа, яка не має спеціальної медичної освіти. На мою думку, відповідне законодавче положення є необґрунтованим обмеженням для таких осіб. По-друге, при наданні особам зі спеціальною медичною освітою можливості здійснення цілительства залишається питання: чи потрібно в такому випадку дотримуватися обов'язку здійснювати медичну діяльність під наглядом лікаря чи в умовах лікувального закладу?, оскільки ті обов'язки, які покладаються на контролюючого лікаря може здійснювати особа самостійно, бо у зв'язку зі своєю освітою вона має необхідні знання.

Таким чином, становище особи зі спеціальною медичною освітою, яка бажає займатися народною медициною, потребує додаткового законодавчого уточнення. А також я вважаю за необхідне зробити вільний доступ населення через мережу Інтернет до реєстру спеціальних дозволів на зайняття народною медициною (цілительством).

Література:

1. Дудка В. В., Євтушенко В. В. Теоретичне підґрунтя проблеми державного регулювання народної та нетрадиційної медицини у наукових працях українських і зарубіжних авторів (до проблеми державного регулювання здравоохоронної сфери) / В. В. Дудка, В. В. Євтушенко // Інвестиції: практика та досвід. – 2012. – № 4. – С. 111-115.

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

Закладна К.В.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Сучасний стан розвитку українського суспільства визначається складними політичними та соціальними реаліями, що зумовлює напрям політики держави у різноманітних сферах життя. Лівову частку гармонійного розвитку нашої країни є опіка про належне здоров'я її громадян. Саме увага, щодо правового вдосконалення цих питань віддзеркалює загальний рівень поваги прав людини та їх захисту.

Метою даної роботи є обґрунтування та удосконалення в Україні державної концепції обігу ліків під час реформування фармацевтичного сектору.

Даною проблематикою займалися такі науковці: С.С. Алексєєв, Є. Белоусов, Ю.П. Битяк, С.Н. Братусь, О.В. Дзера, В.К. Мамутов, А.А. Пилипенко, В.М. Пашков, С.Г. Стеценко, О.М. Шевчук та ін..

Актуальність питання правового регулювання обігу лікарських засобів полягає в удосконаленні митних, адміністративних, господарських правовідносин, які виявляються на різних стадіях їх обороту.

Для вдосконалення наявної державної концепції обігу лікарських засобів на основах фармацевтичного права, основою являється розробка фармацевтичного законодавства щодо порядку ліцензування сфери господарської діяльності. Це стосу-

ється роздрібного та оптового відпуску ліків відмінних класифікаційно-правових груп, зменшення ціни лікарського засобу на відповідного пацієнта, винятково того, що мешкає у сільській місцевості.

На прес-конференції за темою «Підсумки Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я: нові українські ініціативи та поглиблень євроінтеграції в галузі охорони здоров'я», що проводилась 26.05.2014 р. Олег Мусій наголосив, що Уряд має чітке суспільне бачення закономірності пристосування української фармацевтичної галузі до стандартів Європейського Союзу. На нашу думку, головною ідеєю, що стосується теми роботи було те, що МОЗ України виступило з пропозицією щодо відхилення процедури реєстрації активних фармацевтичних інгредієнтів. Також, розглядали питання перереєстрації кожні 5 років лікарських засобів, виробництво яких відповідають нормам GMP.[1]

На наш погляд, особливу увагу привертає думка В. Пашкова, щодо покращення механізму господарсько-правового обігу ліків. Він зазначав, що в юридичному контексті «лікарський засіб» – це, перш за все, об'єкт господарського обігу. [1, с.21]

Визначення поняття «обіг лікарських засобів» наводиться в наказі МОЗ України від 26.08.2005 р. №426 «Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення». Поняття визначається, як один із видів діяльності, що пов'язаний із створенням, виробництвом, зберіганням, перевезенням, увезенням в Україну, вивезенням з України, реалізацією, застосуванням та знищенням лікарських засобів. З цього приводу В.Пашков слушно зауважив, що лікарські засоби, які являються особливим об'єктом майнових прав, знаходяться в особливому правовому режимі, залежно від загальних правових ознак та їхньої внутрішньої класифікації. [2, с.7] На нашу думку, правовий режим обігу лікарських засобів складається з окремих регуляторів.

Підсумовуючи вищенаведене, обіг лікарських засобів – це правовідношення, яке складається з певних правовідносин, що проявляються на різних етапах його розвитку та між окремими особами. З даного визначення можна виокремити публічно-правові відносини з надзвичайно виразним приватноправовим напрямком.

Розв'язуючи проблематику нашого питання, необхідно звернути увагу на правовий режим, що врегульовує відносини, які досить важко використати в певній галузі права, і, як правило, має міжгалузевий характер та об'єднує різноманітні методи правового регулювання. Відповідно виокремлюють загальний правовий режим обігу лікарських засобів, що використовується як товар, та спеціальний режим. Дані режими мають свою особливість, пов'язану з об'єктом регулювання, способом реалізації в даній правовій сфері, тощо. Серед загальних ознак лікарські засоби мають своєрідні юридичні особливості, а саме: виготовлення або виробництво в умовах аптеки, оптова реалізація та транспортування реалізується тільки при наявності ліцензії; реалізується населенню через аптечну мережу, торгівля поза нею фактично заборонена; відпуск лікарських засобів здійснюється за наявності ліцензії тільки після їх державної реєстрації, коли наявні сертифікати якості.

Певні особливості спеціальних правових режимів мають свої прояви і в нормативній базі. Такими прикладами можуть бути правила виробництва, контролю якості ліків в аптеках з певними особливостями, щодо їх місця виробництва.

Отже, правовий режим обігу лікарських засобів слід розглядати, як специфічний порядок правового регулювання, впроваджений державою на підставі правових норм та забезпечений перспективою реалізації механізму правового регулювання. Також, порядок визначає технологічну послідовність реалізації одних дій за іншими, а його порушення виконання тягне за собою невідність правових норм в даній сфері.

Література:

1. Снегірьов П. МОЗ України щодо єврої – нтеграції фармацевтичної галузі / П. Снегірьов // Аптека [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [Http://www.apteka.ua/article/293531](http://www.apteka.ua/article/293531).

2. Пашков В. М. Правове регулювання обіг у лікарських засобів / В. М. Пашков. – Київ : МОРІОН, 2004. – 16 0 с.

3. Пашков В. М. Особливості правового регулювання обігу лікарських засобів : авто – реф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.04 / В. М. Пашков ; Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. – Харків, 2004. – 20 с.

Зінов'єва А.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Дана тема завжди є актуальною так як присвячена питанням, які забезпечують та гарантують на конституційному рівні кожній особі право на охорону здоров'я; характеризують ефективність контролю за обігом лікарських засобів, а також недопущення попадання в обіг фальсифікованих лікарських засобів. Від даних питань залежить здоров'я кожної людини у державі, а отже і сталість нації України.

Відповідно до ч.2 ст.2 Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р., лікарський засіб – будь-яка речовина або комбінація речовин, що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин, яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

Процеси державного регулювання контролю у сфері обігу лікарських засобів щодо забезпечення їх якості здійснюється відповідно до ст. 22 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., який наголошує, що «державна через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення сприятливих умов навколишнього середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї України, стандартів, медичних матеріалів і технологій».

Погоджуюсь з думкою деяких вчених, що слід диференціювати два поняття «контроль» і «нагляд», і при цьому слід виходити з того, що родові поняття – контроль, а похідне від нього – нагляд, можливо навіть виокремити його в окремий вид заходу контролю.

Повноважені посадові особи центрального органу виконавчої влади перевіряють додержання вимог законодавства щодо якості лікарських засобів, у тому числі

правил здійснення належних практик (виробничої, дистрибуторської, зберігання, аптечної) на всіх етапах обігу, зокрема під час їх виробництва, зберігання, транспортування та реалізації суб'єктами господарської діяльності, утилізації та знищення.

З метою контролю за обігом лікарських засобів діє Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення – урядовий орган державного управління, що діє у складі МОЗ та йому підпорядковується [1, ст. 264], що містить у собі усі вище перелічені завдання щодо контролю обігу лікарських засобів.

Здійснення державного контролю за обігом лікарських засобів різних суб'єктів господарювання здійснюється за допомогою організаційних і правових заходів незалежно від форм власності щодо забезпечення якості лікарських засобів, і дотриманням норм при їх обігу [1, ст.266].

Також для вирішення даного питання створюються відповідні державні установи, яким делеговано функції контролю за обігом лікарських засобів на рівні держави і територіальних регіонів.

На мою думку, оглянувши систему органів Державної служби України з лікарських засобів вважаю що на даному етапі відділів, що контролюють обіг та якість лікарських засобів достатньо, але не всі ефективно виконують свої повноваження, для чого потрібно було б розробити та запровадити програму роботи деяких відділів, або ж усієї служби в цілому.

На мою думку, на цю ефективність впливають різного роду фактори, такі як здатність держави ефективно планувати роботу; кваліфікація персоналу, та додержання ними інструкцій, вважаю що якщо ці фактори не додержані, то і робота з контролю обігу лікарських засобів не буде ефективною.

На мою думку для поширення контролю за обігом лікарських засобів за потрібне удосконалити саму систему контролю за обігом лікарських засобів, по недопущенню введення на ринок фальсифікованих лікарських засобів; та вжити заходів щодо кадрового зміцнення підрозділів та провести кваліфікаційні екзамени.

Отже, доцільним було б створення чіткого правового регулювання контролю за обігом лікарських засобів, шляхом прийняття Закону України «Про державний контроль за обігом лікарських засобів». Це надасть можливість проведення контрольних заходів більш прозорими, а також створить чітку програму щодо забезпечення охорони здоров'я населення, шляхом вилучення з обігу неякісних або фальсифікованих лікарських засобів, а також контролю обігу лікарських засобів на всіх етапах без винятку.

Література:

1. Бардакова Л.В. Правове регулювання контролю за обігом лікарських засобів: сутність і призначення // Л.В. Бардакова // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И.Вернадского, 2011. – №2. – с.264-268

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

*Іващенко О.О.,
студент 46 групи
ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ГОСПОДАРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ УЧАСНИКІВ ВІДНОСИН З МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Розвиток ринкових відносин в Україні сприяв формуванню вітчизняного ринку послуг з медичного страхування. Основними його учасниками є страхові компанії, які пропонують відповідні послуги, страховальники (фізичні і юридичні особи), страхові посередники, асистуючі компанії, медичні установи. Цей ринок, як і будь-який інший, передбачає самостійність суб'єктів ринкових відносин, їх рівноправне партнерство, розвинену систему горизонтальних і вертикальних зв'язків між ними, спільне визнання потреби у страховій послугі з медичного страхування, яка пропонується страховиком на умовах еквівалентного обміну з метою одержання прибутку. Тобто ринок медичного страхування у цьому дослідженні розглядається як особливе соціально-економічне середовище, певна форма організації фінансових відносин, де об'єктом купівлі-продажу виступає страховий захист від ризиків, пов'язаних із здоров'ям застрахованих осіб, формуються попит і пропозиція на нього.

В умовах кризи вітчизняної системи охорони здоров'я залучення можливостей ринку медичного страхування для розв'язання проблем забезпечення громадян України якісними медичними послугами набуває особливого значення.

Теоретичні та практичні аспекти організації та функціонування добровільного медичного страхування знайшли відображення у працях зарубіжних і вітчизняних науковців: А. Аткінсона, Дж. Бріттейна, Е. Берковіца, Р. Болла, Р. Плама, Т. Федорової, І. Шеймана, Т. Артюх, В. Бідного, Н. Внукової, О. Губар, Н. Нагайчук, Т. Ротової, В. Рудня, Я. Шумелди та ін.

Однак у цій сфері останніми роками накопичились проблеми, які потребують подальшого вивчення.

Медичне страхування – це вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я від хвороби або внаслідок нещасного випадку. Медичне страхування застосовується з метою мобілізації та ефективного використання коштів на покриття витрат на медичне обслуговування страховальників [1].

Медичне страхування можна поділити на загальнообов'язкове (державне, засноване на справедливому та достатньому соціальному забезпеченні) та добровільне (приватне, засноване на принципах цивільно-правових відносин).

Обов'язкове медичне страхування в Україні поки що знаходиться на рівні проєктів, а добровільне медичне страхування гарантоване ст. 6 ЗУ "Про страхування" та активно розвивається. Вже більше 50 страхових компаній отримали ліцензію на цей вид страхування [1].

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є: страховальники – окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди; страховики – страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування; медичні установи, що надають допомогу на

засоби медичного страхування і також мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності.

Страхові фонди добровільного медичного страхування утворюються за рахунок: добровільних страхових внесків підприємств та організацій; добровільних страхових внесків різних груп населення; добровільних внесків окремих громадян [2].

Добровільне медичне страхування проводиться в межах створених страховою медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним.

При індивідуальному страхуванні страхувальниками, як правило, виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, родичів) за рахунок власних грошових засобів. При колективному страхуванні страхувальником, зазвичай, є підприємство, організація, установа, яка укладає договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників тощо) за рахунок їхніх грошових засобів [2].

На сьогоднішній день в Україні сформувалась певна структура ринку добровільного медичного страхування. Даний ринок можна подати, як багаторівневу систему із складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями [3]. У структуру вітчизняного ринку добровільного медичного страхування входять державні органи нагляду за страховою діяльністю, недержавні страхові, страхові компанії, страхові посередники, медичні заклади, служби асистанс та споживачі.

Як зазначають дослідники, значною перешкодою в розвитку добровільного медичного страхування є відсутність податкових заохочень, адже підприємства, на долю яких припадає оплата 41 % страхових платежів, сплачують їх за рахунок чистого прибутку після оподаткування. Така ситуація щодо відсутності податкових преференцій для добровільного медичного страхування суттєво гальмує процес детінізації сектору медичних послуг та залучення ринкових механізмів фінансування галузі охорони здоров'я [3].

Ситуацію могло змінити прийняття змін до Податкового кодексу, передбачені законопроектом «Про внесення змін до Податкового кодексу України» (щодо стимулювання добровільного медичного страхування) № 4164а від 25.06.2014 р., щодо віднесення витрат добровільного медичного страхування до складу загальнови-робничих і адміністративних витрат, витрат, пов'язаних з наданням послуг, витрат подвійного призначення, витрат, дозволених до включення до податкової знижки, а також врегулювати питання, пов'язані з визначенням розміру таких витрат для звітного податкового періоду, що сприяло б підвищенню якості медичних послуг, дасть значний поштовх детінізації ринку медичних послуг і збільшенню надходжень до державного і місцевого бюджетів. Проте, даний проект було відкликано 27.11.2014 року, без пропонування альтернативного варіанту вирішення вказаних проблем.

Таким чином, господарська діяльність суб'єктів медичного страхування в Україні з одного боку повноцінно відображена у страховому законодавстві (звісно окрім обов'язкового медичного страхування), однак з іншого – належним чином не стимулюється з боку держави, хоча в умовах кризових явищ у медичній галузі таке стимулювання видається як ніколи важливим. Логічним видається розробка законодавчих змін щодо надання певних податкових стимулів для господарської діяльності суб'єктів медичного страхування.

Література:

1. Зайчук С. Послуги медичного страхування в Україні / С. Зайчук // Вісник Київського національного торговельно-економічного університету. – 2014. -№3.-С. 75-84.- Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vknteu_2014_3_7.pdf

2. Моголова А. Ю. Медичне страхування та його розвиток в Україні / А. Ю. Моголова, Я. Н. Алізаде // Молодий вчений. – 2014. – № 6(1). – С. 178-181. – Режим доступу:[http://nbuv.gov.ua/j-pdf/molv_2014_6\(1\)_49.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/molv_2014_6(1)_49.pdf)

3. Чкан І. О. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні / І. О. Чкан // Фінансовий простір. – 2015. – № 1. – С. 292-297. – Режим доступу:http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Fin_pr_2015_1_39.pdf

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

Калусенко М.В.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

НЕДОБРОСОВІСНА КОНКУРЕНЦІЯ У СФЕРІ РЕКЛАМНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Реклама – основний інструмент інформування в наш час. Саме через це суб'єкти господарювання активно застосовують рекламу у конкурентній боротьбі, і таким чином забезпечують свої переваги на ринку.

В умовах сьогодення реклама носить не тільки суто інформативний характер, але й активно застосовується суб'єктами господарювання у якості одного з найпоширеніших та найефективніших методів ведення конкурентної боротьби.

Насиченість інформаційного простору різноманітною як за змістом так і за формою інформацією змушує конкурентів вдаватися до якомога більш креативних, а іноді й агресивних засобів рекламування. В гонитві за попитом споживачів рекламодавці не рідко порушують принципи чесної та добросовісної конкуренції: неправомірно використовують найменування та торговельні марки інших виробників, застосовують недостовірну, необ'єктивну порівняльну рекламу, прибігають до дискредитації конкурентів.[1]

На законодавчому рівні це питання регулюється Законами України «Про рекламу», «Про захист від недобросовісної конкуренції» та «Про захист економічної конкуренції».

Одним із найефективніших видів реклами є порівняльна реклама. Згідно зі ст. 7 Закону “Про захист від недобросовісної конкуренції” порівняльною є реклама, що містить порівняння з товарами, роботами, послугами або діяльністю іншого суб'єкта господарювання.

Отже, порівняльна реклама може бути визначена як реклама, що безпосередньо або за змістом вказує на конкурента або товари (послуги), діяльність конкурента.

Виходячи з цієї норми, сама по собі порівняльна реклама правомірна. Порівняльна реклама не є незаконною як така. Вона є дозволеною, якщо рекламодавець не порушує при цьому права інших осіб та чинне законодавство.

Здійснення порівнянь у рекламі не є незаконним, якщо інформація, що стосується товарів, робіт або послуг, спирається на факти, є точною, безсторонньою і корисною з погляду забезпечення споживача потрібною інформацією.

Порівняльна реклама є правомірною в тому ступені, у якому вона відповідає наступним вимогам: товари, що порівнюються в рекламі, повинні бути дійсно по-

рівняними один з одним; схожі характеристики або компоненти мають порівнюватися безпосередньо один з одним; пропонувані порівняння мають відноситися до істотних характеристик або компонентів з погляду споживача; відмінності повинні бути значними і виражатися кількісно.

Практика свідчить про те, що недобросовісна реклама є одним з найбільш розповсюджених порушень в Україні. Серед розглянутих справ про недобросовісну конкуренцію справи про недобросовісну рекламу складають переважну більшість, значна кількість з них стосується недобросовісної порівняльної реклами. Такі справи складала до 60 відсотків усіх розглянутих Антимонопольним комітетом України справ про недобросовісну конкуренцію. [2, ст.146]

Ще одним поняттям, яким оперує законодавець України є «недобросовісна реклама».

Недобросовісна реклама визначається Законом України «Про рекламу» як реклама, яка вводить або може ввести в оману споживачів реклами, завдати шкоди особам, державі чи суспільству внаслідок неточності, недостовірності, двозначності, перебільшення, замовчування, порушення вимог щодо часу, місця і способу розповсюдження.

Згідно зі ст.10 Закону недобросовісна реклама забороняється. Відповідальність за недобросовісну рекламу несе винна особа.

Недобросовісною може бути також визнана реклама, що порушує спеціальні вимоги, що містяться в Законі, наприклад, що стосуються реклами лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, тютюнових виробів і алкогольних напоїв, зброї, послуг, пов'язаних із залученням коштів населення, цінних паперів (ст.ст.21-25 Закону). [2, ст.154]

На відміну від національного, європейське законодавство оперує поняттям «реклама, що вводить в оману». Директива Ради 84/450/ЄЕС "Щодо наближення законів, постанов та адміністративних положень держав-членів стосовно реклами, яка вводить в оману" від 10 вересня 1984 року вказує, що реклама, яка вводить в оману, означає будь-яку рекламу, котра в будь-який спосіб, включаючи метод її подання, вводить в оману або здатна ввести в оману осіб, яким вона адресована або увагу яких вона привертає, і котра через свій обманливий характер здатна впливати на їхню економічну поведінку або з цих причин завдає шкоди або здатна завдати шкоду конкуренту.

Отже, у висновку можна сказати, що законодавство України про недобросовісну конкуренцію у сфері реклами потребує істотних змін і доповнень. Зокрема, необхідно узгодити Закон України «Про рекламу» та Закон України «Про захист від недобросовісної конкуренції», при цьому слід врахувати позитивний досвід європейських країн. Адже конкуренція, в тому числі і у рекламній сфері, буде ефективна тільки тоді, коли вона буде добросовісною і вільною.

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

*Каменска К.Р.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Здоров'я населення в цілому і кожної людини, зокрема, як члена суспільства має істотне значення для існування та розвитку держави, у зв'язку з чим охорона здоров'я визнається пріоритетним напрямом її діяльності. До того ж право на охорону здоров'я є базовим у системі соціальних прав людини, які визначені Конституцією України[1;5].

Актуальність теми дослідження визначається особливістю суб'єкта, оскільки така діяльність безпосередньо спрямована на лікування, виявлення та попередження різних захворювань. В сучасних умовах від закладів охорони здоров'я залежить як розвиток цієї галузі економіки в цілому, так і реалізація конституційного права громадян на охорону нематеріальних благ [5].

Окремі питання регулювання та розвитку банківської діяльності були висвітлені такими науковцями, як Ващенко Ю.В., Музика О.А., Костюченко О.А., Воропаєва А. Г., Гетманцев Д.О., Шукліна Н.Г., Лобозинська С.М. та іншими вченими.

Що стосується саме джерел законодавчого регулювання банківської діяльності, то ними є такі нормативно-правові акти, як Конституція України, Цивільний кодекс України, Господарський кодекс України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закони України «Про лікарські засоби», «Про донорство крові та її компонентів» та ін.[3].

Правові норми, що регулюють правовий статус суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я мають досить загальний характер і не визначають його особливості. Отже, такий стан законодавства не є сприятливим для врегулювання відносин, які виникають за участю цих суб'єктів, і, як наслідок, негативно впливає на задоволення потреб громадян у кваліфікованому та високоякісному медичному обслуговуванні і на розвиток охорони здоров'я в цілому[5;2].

Важливим напрямком вдосконалення законодавчого регулювання діяльності таких суб'єктів є розширення кола питань правового статусу суб'єктів у сфері охорони здоров'я, що мають бути законодавчо закріплені[5].

За останній час було розроблено декілька законопроектів, які спрямовані на окреслення правового поля для проведення господарської діяльності закладами охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, а також забезпечення єдиних підходів щодо медичного обслуговування закладами охорони здоров'я усіх організаційно-правових форм. До них відносяться наступні: «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», який був розроблений навиконання Указу Президента України від 12 березня 2012 р. № 187/2012 «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

До питань уточнення правового статусу суб'єктів у сфері охорони здоров'я належить також встановлення обмеження щодо видів державних (комунальних) підприємств, необхідність чого зумовлена особливістю галузі, у якій задовольняються потреби громадян у медичній допомозі[4].

Таким чином, для належного визначення правового статусу суб'єктів, що розглядаються, необхідно вжити закріплення визначення основних понять, які широко

застосовуються у законодавстві, що надасть можливість з'ясувати їх співвідношення між собою; більш чітке визначення статусу бюджетних установ та державних (комунальних) унітарних підприємств у сфері охорони здоров'я шляхом уточнення їх засновників, джерел фінансування, змісту діяльності, з метою розмежування цих суб'єктів; доповнення класифікації закладів охорони здоров'я таким критерієм як вид діяльності, що надасть можливість виділити лікувально-профілактичні заклади та аптечні заклади, зміст і мета діяльності яких суттєво відрізняється; встановлення обмеження щодо створення у сфері медичного обслуговування тільки державних (комунальних) некомерційних підприємств, враховуючи наявність конституційного права громадян на безкоштовну медичну допомогу у закладах охорони здоров'я, заснованих на цих формах власності.

Література:

1. Жмурко О. Система закладів охорони здоров'я в Україні: проблеми правового регулювання // Вісник Львівського університету. Серія юрид. – 2011. – Вип. 52. – С. 158–165.
2. Пашков В. М. Господарсько-правовий статус закладів охорони здоров'я // Аптека. – 2009. – 10 серпня.
3. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – С. 284–294.
4. Майданник Р. А. Державні і комунальні заклади охорони здоров'я в Україні: визначення організаційно-правової форми, їх реорганізація // Медичне право України: матеріали 3 Всеукраїнської науково-практичної конференції / Упор.к. ю. н. І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко.
5. Щодо питання правового статусу суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я. / Л. І. Куц // Правничий часопис Донецького університету. – 2013. – № 2. – С. 65-72.

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

Каунова Т.В.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

В Україні з хорошим клінічним ефектом використовуються нові допоміжні репродуктивні технології, які базуються на принципах методики запліднення ін вітро. І саме одним із різновидів допоміжних репродуктивних технологій є сурогатне материнство [1]. Так, на 39 конгресі Всесвітньої Медичної Асамблеї (Мадрид, 1987) було прийняте «Положення про запліднення ін вітро і трансплантацію ембріонів», де вказано, що це є медична методика для лікування безпліддя [2].

Якщо вдатися трошки до історії – лише 25 років пройшло з дня успішно проведеного вперше в Україні запліднення жіночої яйцеклітини ін вітро (30 листопада 1984 року – Ф. В. Дахно) [1].

Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 № 787 – регулює використання ДРТ в лікуванні безпліддя. Відповідно до зазначеного порядку: допоміжні репродуктивні технології – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки

репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах *in vitro*; *in vitro* – техніка виконання експерименту чи інших маніпуляцій у спеціальному лабораторному посуді або у контрольованому середовищі поза живим організмом.

Необхідними умовами для проведення сурогатного материнства є: наявність медичних показань до СМ; документи, необхідні для проведення СМ; подружжя (або один з майбутніх батьків), в інтересах якого здійснюється СМ, повинно (повинен) мати генетичний зв'язок з дитиною; сурогатна мати не повинна мати безпосередній генетичний зв'язок з дитиною. Дозволяється виношування вагітності близькими родичами майбутніх багтьків (мати, сестра, двоюрідна сестра тощо).

Потім перевіряється наявність показань для сурогатного материнства відповідно до Закону, обстежується сурогатна матір. Нею може бути повнолітня дієздатна жінка за умови наявності власної здорової дитини, добровільної письмово оформленої заяви сурогатної матері, а також за відсутності медичних протипоказань. Якщо все добре, проходить запліднення, після цього відбувається спостереження за її вагітністю аж до народження. Пологи можуть бути партнерськими між реципієнтами та сурогатною матір'ю.

Що стосується права повнолітніх жінок та чоловіків за медичними показаннями на проведення лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій, дане право закріплює Цивільний кодекс України від 14.06.2007 (частина 7 статті 281): -Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством.

В ст. 48 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зазначено: застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими законом, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці.

Хочу зазначити, що частково в Сімейному кодексі регулюються відносини, пов'язані із сурогатним материнством, але лише в частині визначення батьківства.

Так, сімейний кодекс України, стаття 123, регулює визначення походження дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій: п.1. У разі народження дружиною дитини, зачатої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, здійснених за письмовою згодою її чоловіка, він записується батьком дитини; п.2. У разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя; п.3. Подружжя визнається батьками дитини, народженої дружиною після перенесення в її організм ембріона людини, зачатого її чоловіком та іншою жінкою в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Взагалі, вивчаючи правові аспекти регулювання сурогатного материнства, слід зазначити, що загалом допоміжні репродуктивні технології дозволені у Англії, Греції, Грузії, Ізраїлі, Іспанії, Індії, Казахстані. Але найбільш прогресивною державою у цьому питанні є США. У багатьох столицях штатів працюють агенства з застосування методу сурогатного материнства, хоча американське законодавство не

має єдиної правової бази, яка б регулювала використання цього методу штучного запліднення [4].

Так і в законодавчому регулюванні сурогатного материнства в Україні є певні недоліки:

- неврегульованість суттєвих умов договору, що укладається між сурогатною матір'ю та біологічними батьками (подружжям), що може привести до небажаних життєвих ситуацій.
- та відсутність ідеальної правової бази з цього питання, яка б не містила прогалин.

Юридичними засобами захисту прав й законних інтересів осіб, які беруть участь у програмі сурогатного материнства можуть бути: договір між сурогатною матір'ю та біологічними батьками про виношування дитини; письмова згода біологічних батьків, сурогатної матері та її чоловіка (за наявності) на виношування сурогатною матір'ю ембріона біологічних батьків; заява сурогатної матері про відсутність претензій до біологічних батьків після закінчення програми сурогатного материнства, її згоди про запис біологічних батьків як батьків дитини в органах реєстрації актів громадянського стану [3].

Але, все ж таки, хочу зазначити, що найменше в даному випадку, як часто буває, думають про винуватця всієї справи – дитину та її права. Насамперед, дитина може успадкувати від сурогатної матері генетичні дефекти. А головне – психологічна адаптація дитини. Якщо дитині пояснять, що її народила не матір, а інша жінка, чи не буде проблем? Тож як ставитися до сурогатного материнства – як до блага чи як до неминучого зла? Релігійні, моральні, юридичні, етичні й наукові суперечки навколо цього не затихнуть ніколи. Ясно одне: сурогатне материнство – це просто факт, воно є і, як видно, нікуди тепер від нас не дінеться.

Отже, на мою думку, щоб уникнути проблем у відносинах щодо виношування дитини, сурогатне материнство повинно чітко регулюватися договором, укладеним між сторонами і, взагалі, питання сурогатного материнства повинно бути дуже ретельно досліджено юристами – законотворцями, та має все ж таки набути більш чіткого законодавчого визначення та закріплення.

Література:

1. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя/ Навчальний посібник, за загальною редакцією проф. Ф. В. Дахна та проф. О. М. Юзька. – м. Київ, – 2011 рік.

2. А.П. Головашук Правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій// Часопис Київського університету права. – 2013 – № 2.

3. Діба І. Дитина «на замовлення»// Юридичний Вісник України. – 2006 – № 50.

4. Каррі Д. П. Конституція Сполучених Штатів Америки: Посібник для всіх/ Пер. з англ. О. М. Мокровольського. – К.: Веселка, 1993. – 150 стр.

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

*Каишальян М.Т.,
студент 43 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ

Актуальність даної теми, в першу чергу, зумовлена тим, що наразі в Україні питання запровадження медичних інформаційних систем так чи інакше вже вирішене на рівні наказу МОЗ України від 20.11.2012 р. № 933 «Про заходи щодо запровадження автоматизованої інформаційно-аналітичної системи ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я», де надано визначення медичній інформаційно-аналітичній системі (далі – МІС), яка створена для забезпечення моніторингу медико-технічних ресурсів та їх технічного стану у закладах охорони здоров'я.

Однак незважаючи на доволі досконале, чітке та нормативно визначене на перший погляд нормативно-правове регулювання даного питання на рівні вище зазначеного наказу МОЗ від 20.11.2012 р., проблема запровадження медичної інформаційної системи в Україні все ще залишається відкритою, так як залишаються не вирішеними як питання щодо організаційно-правового забезпечення МІС, тобто яким чином ця система повинна функціонувати, так і питання безпосередньо нормативно-правового характеру, в якості пропозицій щодо прийняття окремого Закону, який би так чи інакше вирішив проблеми запровадження та подальшого функціонування МІС.

Під медичною інформаційною системою загалом прийнято розуміти комплекс компонентів та процедур, які виробляють інформацію для прийняття рішень з управління охороною здоров'я на всіх рівнях медичної системи. Основними компонентами нашої національної МІС, на думку Беликової І.В., Катрушова А.В., Кострикова А.В. та Руденко Л.А., є: 1) процеси для збору, управління та аналізу даних; 2) ресурси (людські, технічні та фінансові) для вироблення та використання інформації з питань охорони здоров'я; 3) результати, включаючи розповсюдження та використання інформації з питань охорони здоров'я [2, с. 14].

На нагальності та необхідності вирішення даної проблематики наголошують різні вчені та фахівці з медичного права. Як влучно стверджують, наприклад, Авраменко В.І. та Качмар В.О., стандартизація і інтеоперабельність в розробці медичних інформаційних системах як приклад покращить ефективність роботи медичних закладів, допоможе лікарям уникнути типових помилок, і загалом покращить економічні показники системи охорони здоров'я в цілому [1, с. 126].

Важливою в свою чергу перевагою застосування МІС є можливість зменшення кількості саме медичних помилок. Згідно звіту Американського інституту медицини, в США щорічно причиною медичних помилок є близько 44000 смертей. За його даними, електронна історія хвороби, яка забезпечує збір, обробку та ефективне використання медичної інформації, дозволяє не лише підняти ефективність надання медичної допомоги і знизити вартість лікування, але й зменшити кількість медичних помилок [3, с. 13].

Варто констатувати, що однією з головних проблем для запровадження в Україні МІС є недостатнє фінансування медичної системи України, та медичних закладів зокрема, а також недостатній рівень стандартизації даних та способів обробки МІС. Також, значною перешкодою є відсутність відповідних ІТ спеціалістів у цій галузі. Адже розвиток та запровадження ІТ сфери для медичної системи може стати одним

з важливих факторів, які могли б пришвидшити в українській медицині реальні реформи та покращення сфери охорони здоров'я.

Отже, не дивлячись на розвиток сучасних інформаційних технологій процеси інформатизації і комп'ютеризації системи охорони здоров'я в нашій країні проходять вкрай повільно. Згідно з черговим щорічним дослідженням країн щодо активності використання в них інформаційних технологій, проведеним Всесвітнім економічним форумом (World Economic Forum), перше місце в рейтингу, країни в якому ранжовані відповідно до "індексу мережної готовності" (Networked Readiness Index 2009- 2010, NRI), зайняла Швеція, а Росія й Україна відповідають лише на 80-му і 82-му місцях із 134 країн світу.

З огляду на вказані вище положення, можна стверджувати, що наразі на рівні нормативно-правового закріплення Україна намагається бути і стати більш прогресивною європейською та інформаційно забезпеченою медично розвинутою країною, однак проблем з практичної реалізації цих питань наразі безліч, що й зумовлює актуальність розгляду проблеми запровадження МІС як важливого аспекту розвитку медичного права України в цілому.

Тому, на реалізацію вище зазначених положень необхідно взяти до уваги усі вище наведені проблеми та якомога швидше здійснити якісь суттєві кроки до запровадження в Україні медичної інформаційної системи, наприклад на рівні повноцінного нормативно-правового закріплення у вигляді окремого Закону, адже сучасне суспільство має бути прогресивним та інформатизованим, зокрема у галузі медичного права.

Література:

1. Авраменко В.І., Качмар В.О. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2011. – Т. 9, № 2. – С. 124-133.

2. Чабан О., Бойко О. Огляд світової практики щодо впровадження медичних інформаційних систем та проблеми створення єдиного медико-інформаційного простору // Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Комп'ютерні науки та інформаційні технології. – 2013. – № 771. – С. 365-370.

3. Злепко С.М., Овчарук Т.І., Овчарук А.А. Огляд медичних інформаційних систем // Системи обробки інформації. – 2011. – Вип. 3. – С. 189-192.

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

Каишальян М.Т.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

АГРАРНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ КРІЗЬ ПРИЗМУ СВІТОВИХ МОДЕЛЕЙ

Сільське господарство у сучасних умовах залишається тією сферою виробництва, як витримує тиск непростой економічної ситуації, девальвацію національної валюти, падіння ВВП та застій інших галузей економіки.

Угода про асоціація між Європейським Союзом та Україною стала тим фактором, що визначив можливості для доступу вітчизняних виробників сільськогосподарської продукції до європейських ринків, тому останні намагаються пристосуватись до нових умов і врешті-решт повернути нашій країні давно відомий статус

«світової житниці». Разом з тим, варто зазначити, розвиток аграрного сектору в цілому, перебуває у тісному взаємозв'язку не лише з належним правовим регулюванням чи стабільною економічною ситуацією, але і прямо опосередкований погоднокліматичними умовами, що наразі викликають серйозне занепокоєння і складність у їх передбаченні, тому достатньо ефективним способом управління ризиками є механізм аграрного страхування.

Дана тема була предметом дослідження таких науковців, як Н.О. Багай, В.М. Єрмоленко, В.П. Жушман, І.І. Каракаш, Т.Г. Ковальчук, В.Л. Мунтян, В.І. Семчик, В.Ю. Уркевич, Н.І. Титова та ін. Проте незважаючи на теоретичну освоеність цього питання, до цього часу актуальним залишається удосконалення страхування сільськогосподарських ризиків та вивчення основних тенденцій міжнародного досвіду.

У світовій практиці аграрного страхування сформувались три моделі, які умовно можна назвати «американська», «європейська», «змішана». Для «американської» моделі, яка застосовується в США та Канаді, характерна значна підтримка держави у страхуванні сільськогосподарських ризиків. Так, канадська модель страхування передбачає декілька програм управління ризиками та підтримки доходу фермерів: програма страхування врожаю (CIP); програма стабілізації чистого доходу (NISA); програма осіннього авансування (FCAP); програма весняного авансування (SCAP); програма підтримки доходу фермерів Канади (CFIP); супутні програми (програми підтримки провінцій) [1, с. 79-80]. Недоліком такої системи є високі адміністративні витрати держави [2, с. 49].

Для «європейської» моделі характерна мінімальна участь держави в аграрному страхуванні. Вона використовується у таких країнах, як Польща, Німеччина та Франція. Так, страхування здійснюється на добровільних засадах, сільськогосподарські виробники купують страховий поліс за його повною ціною, а держава виконує функції нагляду та контролю щодо діяльності приватних страхових компаній у цьому секторі ринку. Використання цього механізму потребує наявності високого рівня доходів у виробників сільськогосподарської продукції [3]. Недоліком «європейської» моделі є незахищеність страхувальників та обмежені можливості розвитку системи [2, с. 49].

Нарешті найефективнішим при страхуванні аграрних ризиків є поєднання названих моделей, що утворюють, так звану «змішану». Саме така система діє, зокрема, в Іспанії, яка за оцінками експертів міжнародного проекту ЄС «TACIS» «Вдосконалення управління ризиками фермерських господарств та малих і середніх господарств в аграрному секторі», є країною з найрозвиненішою системою агрострахування в Європі [2, с. 49]. Так, у цій країні страхування врожаїв здійснюється приватними страховими компаніями, і воно є добровільним. Водночас у країні передбачена значна державна підтримка, шляхом заснування сільськогосподарських товариств взаємодопомоги та надання технічної допомоги страховим компаніям. Окрім того, усі види страхування виконуються на базі планів, які завчасно готуються уповноваженими урядом установами. У результаті розвитку та вдосконалення законодавчої бази сьогодні аграрне страхування в Іспанії регулюється близько 15 нормативно-правовими актами – законами та Королівськими декретами [3].

Розвиток системи аграрного страхування в Україні був дуже складним. Так, у часи СРСР було передбачено обов'язкове страхування врожаю у радгоспах та інших державних сільськогосподарських підприємствах, і вона була повністю монополізованою. Вважається, що ця система була досить ефективною, адже за допомогою

Укрдержстраху забезпечувався надійний страховий захист врожаю за достатньо низькими ставками страхування [3].

Передумовою розвитку сучасної системи страхування аграрних ризиків стало прийняття Декрету Кабінету Міністрів України «Про страхування» від 10.05.1993 № 47-93 [4], який надалі був замінений базовим Законом України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР [5].

Спочатку Україна намагалась запровадити «американську» систему. Так, Законом України «Про державну підтримку сільського господарства України» від 24.06.2004 № 1877-IV було передбачено створення Фонду аграрних страхових субсидій (ФАСС). Відповідно до статті 11 вищевказаного закону ФАСС є державною спеціалізованою установою, яка створюється для надання страхових субсидій виробникам сільськогосподарської продукції. ФАСС підпорядковується, є підзвітним та підконтрольним центральному органу виконавчої влади з питань формування та забезпечення державної аграрної політики [6]. Проте час підтвердив неефективність механізму ФАСС, і причиною цьому стала відсутність державної підтримки.

Надалі наша держава вирішила перейти на «європейську» систему. З метою полегшення доступу до страхування сільськогосподарської продукції сільськогосподарських товаровиробників, передусім середніх та дрібних, для чого й було ухвалено Закон України «Про особливості страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою» від 9 лютого 2012 р. № 4391-VI-ВР [7]. Планувалося, що цей нормативно-правовий акт захистить майнові інтереси сільськогосподарських товаровиробників та стабілізує їхні доходи.

З метою забезпечення виконання зобов'язань страхових компаній перед страхувальниками під час страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою, у 2012 р. в Україні було створено Об'єднання страховиків «Аграрний страховий пул», члени якого діють на умовах співстрахування, що підвищує гарантії виконання зобов'язань страховими компаніями перед сільгоспвиробниками у разі отримання останніми збитків. Однак через відсутність значної підтримки, фактично, на сьогодні ми маємо пул, який не працює [1, с. 79].

Отже, доходимо висновку, що успіх має та система аграрного страхування, яка здійснюється із залученням державної підтримки. Крім того, варто звернути увагу на систему сільськогосподарського страхування у добровільній формі, яка теж характеризується результативністю. Перш за все, спрямування в цю систему державних коштів створює можливість для приватних страхових компаній долучитись до розвитку системи аграрного страхування, налагодити відносини партнерства з державними органами влади, що сприятиме стабільності розвитку сільського господарства через механізми відшкодування можливих завданих збитків. Тому, основним завданням є створення таких умов страхування майбутнього врожаю, що були б привабливими для усіх суб'єктів ринку аграрного страхування.

Література:

1. Горіславська І.В. Правові засади діяльності Аграрного страхового пулу / І.В. Горіславська // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2013. – № 3. – С. 78-81.

2. Прокопчук О.Т. Особливості страхування аграрних ризиків у країнах світу / О. Т. Прокопчук, Ю.В. Улянич, В.П. Бечко // Актуальні проблеми економіки. – 2014. – № 3 (153). – С. 46-53.

3. Петренко А. Аграрне страхування: комплексний інструмент управління ризиками/ А. Петренко // Юридична газета [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pressreader.com/ukraine/yurydychna-gazeta/20150825/281672548693720/TextView>

Кисличенко І.В.,

студент 45 групи

ІНУІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ФОРМИ ТА НАПРЯМИ БЮДЖЕТНОЇ ПІДТРИМКИ СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА В УКРАЇНІ

Сільське господарство є вагомим сектором економіки, що формує бюджет, і одночасно є залежним від бюджетної підтримки, яка зумовлена специфікою та рядом особливостей притаманних цій галузі. Ефективна реалізація бюджетної підтримки сприяє прискоренню темпів зростання обсягів виробництва та підвищенню його конкурентоспроможності. Проте, сучасний вплив держави на розвиток сільського господарства України є недостатньо ефективним, що й зумовлює необхідність наукових пошуків в цій сфері.

Проблеми державної підтримки сільського господарства досліджено в наукових працях таких вчених, як, В. Андрійчука, О. Бородіної, М.Вітковського, А. Діброва, М. Дем'яненка, П. Гайдуцького, Ю.Губені, С. Кваші та ін.

Розглядаючи питання бюджетної підтримки сільського господарства в Україні, необхідно зазначити, що державне регулювання може бути прямим, умовно-прямим і непрямим. Основою цієї класифікації є форми фінансування з Державного бюджету.

А. Антонов характеризує форми бюджетної підтримки наступним чином:

1) Форма непрямої бюджетної підтримки полягає у здійсненні закупівель сільськогосподарської і продовольства для державних потреб; регулюванні виробничого ринку, за допомогою проведення закупівельних і товарних інтервенцій із зерном; захисту економічних інтересів товаровиробників при здійсненні зовнішньоекономічної діяльності в сфері АПК та ін. До цієї формиможна віднести підтримку аграрної науки, розвиток соціальної сфери тощо.

2) Форма прямої бюджетної підтримки передбачає надання субсидій на сільськогосподарське виробництво і матеріально-технічні ресурси; субсидування короткострокового та інвестиційного кредитування підприємств і організацій АПК; надання субсидій на компенсацію частини витрат товаровиробників настрахування врожаю сільськогосподарських культур; субсидії на витрати капітального характеру, лізинг та інше.

3) Умовно-пряма бюджетна підтримка спрямована на зміцнення виробничого потенціалу і позицій на споживчому ринку через опосередковані форми. Серед них державні закупівлі через Аграрний фонд, митно-тарифне регулювання, підтримка постачальників енергетичних та матеріально-технічних ресурсів; створення оптових ринків, реалізації державних програм і загальнонаціональних проектів, на які можуть використовуватися і кошти позабюджетних фондів, соціальна підтримка села тощо [1]. Гармонійне поєднання цих форм підтримки здатне забезпечити механізму додаткову стійкість та ефективність.

Аналізуючи положення Закону України «Про державну підтримку сільського господарства України» можна зробити висновок, що бюджетну підтримку в цьому законі закріплено у двох видах: по-перше, це державні заставні закупівлі зерна, що

полягають у наданні бюджетної позики виробнику зерна під заставу такого об'єкта; по-друге, бюджетна тваринницька дотація, яка надається з метою підтримки рівня платоспроможного попиту українських споживачів продукції тваринництва та запобігання виникненню середньостатистичної збитковості українських виробників такої продукції. До об'єктів такої дотації, зокрема, належать свині, велика рогата худоба, вівці, коні, птиця свійська, кролі, вовна стрижена, кокони тутового шовкопряда, мед натуральний.

Проте, не слід забувати й про інші напрями бюджетної підтримки, такі як субсидії на виробництво та придбання ресурсів, фінансово-кредитну підтримку, податкове стимулювання та спеціалізовану програму за окремими напрямками і програмами. Так, зокрема, з 2002 року запроваджено компенсацію придбаної вітчизняної техніки, з 2004 року запроваджено бюджетні субсидії сільськогосподарським товаровиробникам за продані ними тварини переробним підприємствам, з 2012 року запроваджено дотації селянам за збереження молодянку великої рогатої худоби.

У додатках до Закону України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» передбачено більше 20 програм бюджетної підтримки сільського господарства. Серед яких найбільше фінансування мають наступні: програма «Формування Аграрним фондом державного інтервенційного фонду, а також закупівлі матеріально-технічних ресурсів для потреб сільськогосподарських товаровиробників» (1 400 000 тис. грн.), «Організація і регулювання діяльності установ ветеринарної та фітосанітарної служби» (552 894,0 тис. грн.), «Ведення лісового і мисливського господарства, охорона і захист лісів в лісовому фонді» (410 713,2 тис. грн.), «Керівництво та управління у сфері ветеринарної медицини та фітосанітарної служби України» (89 766,3 тис. грн.). Загалом видатки для Міністерства аграрної політики та продовольства України передбачено в сумі 3 092 540,0 тис. грн., що свідчить про найменшу бюджетну підтримку сільського господарства за останні 10 років.

В даному контексті варто зазначити, що бюджетна підтримка у вигляді виробничих субсидій, до яких, зокрема належать доплати на тону, компенсація витрат на сільськогосподарську техніку та субсидій загального призначення складають лише незначну частку всієї державної підтримки сільського господарства. Основою підтримки є податкові пільги, які сільгоспвиробники відповідно о Коаліційної угоди зможуть отримувати до 2018 року. Так, зокрема, не сплачується податок за землі сільськогосподарських угідь, що перебувають у тимчасовій консервації або у стадії сільськогосподарського освоєння (діє з 2015 р.); звільняються від оподаткування операції з безоплатної передачі працівникам сільськогосподарських підприємств, що приватизуються, та прирівняним до них особам частки державного майна (діє з 2011 р.).

На жаль, наявність правового регулювання бюджетної підтримки сільського господарства в Україні ще не свідчить про ефективний розвиток та конкурентоспроможність сільського господарства. Цьому можеслугувати низка проблем, серед яких Н. Фещенковиділяє: «По-перше, зменшення фінансування заходів прямої підтримки аграрного сектору. По-друге, низький рівень обізнаності селян щодо можливостей одержання ними бюджетної допомоги, складний процедурний механізм і непрозорість її отримання. По-третє, припинення дії важливих державних цільових програм, внаслідок чого окремі напрями державної підтримки сільського господарства припинили існування. Так, відповідно до Постанови КМУ «Про скорочення кількості та укрупнення державних цільових програм», з 2011 р. втратили чинність

Державна цільова економічна програма підтримки розвитку сільськогосподарських обслуговуючих кооперативів на період до 2015 р. та Державна цільова програма створення оптових ринків сільськогосподарської продукції, які діяли з 2009 р. По-четверте, низький рівень використання державою непрямих заходів підтримки аграрного сектору. По-п'яте, недостатні обсяги фінансування державних програм, а також неефективність використання коштів за ними» [2].

Тож, бюджетна підтримка галузі сільського господарства характеризується су-перечливим тенденціями, а її обсяги є недостатніми і не враховують реалії розви-тку галузі. Тому, для забезпечення ефективного розвитку сільського господарства систему бюджетної підтримки необхідно впорядкувати. Доцільно встановити у витратній частині бюджету частку сільського господарства відповідно до питомої ваги галузі у ВВП, а також регламентувати надання бюджетної підтримки сільському господарству в регіонах у законодавчому порядку.

Література:

1. Антонов А. В. Напрями удосконалення форм державної підтримки розвитку сільських територій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=440>.

2. Фещенко Н. М. Напрями бюджетної підтримки сільського господарства [Електронний ресурс]. –Режим доступу: http://sophus.at.ua/publ/2013_12_19_20_kampodilsk/sekcija_4_2013_12_19_20/naprjami_bjudzhetnoji_pidtrimki_sijskogo_gospodarstva/46-1-0-820.

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

Кисличенко І.В.,

студент 45 групи

ПІУІ НІУУ ім. Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ «ВІДХОДИ»

У порівнянні з природою функціонування якої є безвідхідним, діяльність людини й суспільства спричиняє утворення відходів, які зберігаються, знешкоджуються й утилізуються в природному середовищі. А тому на всіх стадіях обігу з відходами, основною вимогою до будь-яких видів діяльності, є захист навколишнього природного середовища й здоров'я людини від їх негативного впливу.

Дослідженням проблеми управління відходами і ресурсозбереження займались такі науковці, як Л.О. Бондар, А.Е. Воробійов, К. Г. Гофман, Ю. М. Маковецька, О.А. Новіков, В. І. Павлов, І. М. Сотник, А.Д. Трусов та ін. Проте публікації не містять однозначного тлумачення поняття «відходи», що й підтверджує необхідність наукових досліджень в цій сфері. Основними законодавчими актами, які відображають політику держави в даній сфері є Закон України «Про відходи», «Про альтернативні види палива», «Про металобрухт», а також Державний Класифікатор відходів, які містять різні дефініції досліджуваного поняття.

Так, відповідно до ч.1 ст. 1 ЗУ «Про відходи»: відходи – будь-які речовини, матеріали і предмети, що утворилися 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. Цей закон акцентує увагу на правовій стороні поводження з відходами – наміри або зобов'язання виробника відходів здійснити певні дії з відходами, проте

екологічний аспект (небезпека для навколишнього середовища та здоров'я людей) у цьому визначенні відсутній [1, с. 419]. Також, недоліками цього поняття є те, що воно не передбачає можливості відходів виступати в ролі матеріально-сировинних і енергетичних ресурсів, а напрямків поводження з цими об'єктами зазначено лише два: утилізація і видалення.

У ст. 1 закону України «Про альтернативні види палива» під відходами розуміються шлаки та відходи промисловості, сільського господарства, комунально-побутових та інших підприємств, які можуть бути джерелом або сировиною для видобутку чи виробництва альтернативних видів палива. Таке визначення характеризується економічним підходом, адже враховує напрями подальшого використання відходів, можливості отримання майбутніх економічних вигід.

У Класифікаторі відходів надається дві дефініції досліджуваного поняття. Більш точною з них є наступна: «відходи – будь-які речовини та предмети, утворені у процесі виробництва та життєдіяльності людини, внаслідок техногенних чи природних катастроф, що не мають свого подальшого призначення за місцем утворення і підлягають видаленню чи переробці з метою забезпечення захисту навколишнього середовища і здоров'я людей або з метою повторного їх залучення у господарську діяльність як матеріально-сировинних і енергетичних ресурсів, а також послуги, пов'язані з відходами», адже воно враховує можливість виникнення відходів не тільки в процесі виробництва і життєдіяльності людей, а й внаслідок катастроф.

Таким чином, спільним для зазначених дефініцій, які містяться в нормативно-правових актах є те, що вони передбачають можливі шляхи утворення відходів та напрямки подальшого їх використання.

Відходи в навколишньому середовищі відіграють неоднозначну роль, так вони можуть бути забруднювачами, які здійснюють негативний вплив на оточуючі об'єкти, або ж виступати складовою вторинних матеріальних ресурсів в тій частині, яка може бути використана.

Враховуючи той факт, що на кожному промисловому підприємстві в результаті його діяльності утворюються відходи, їх можна розподілити на дві групи: відходи виробництва та відходи споживання. Цей поділ закріплено і в Державному Класифікаторі відходів.

Відходами виробництва є матеріали, речовини, вироби, які утворилися у процесі виробництва продукції, виконання робіт чи надання послуг та не знаходять застосування на певному підприємстві (організації), або ті, які повністю чи частково втратили свої споживчі властивості [2, с. 51].

До цього виду відходів належать залишки сировини і матеріалів, специфічні відходи різних галузей промисловості та АПК. До відходів виробництва відносяться й речовини, що містяться в технологічних газах чи у стічних водах, проте частіше під відходами виробництва розуміють відходи, що знаходяться здебільшого у твердому стані [3, с. 136].

Як зазначається в Державному класифікаторі відходів: «Відходами споживання є зіпсовані (пошкоджені) і неремонтоздатні чи відпрацьовані, фізично або морально зношені вироби та матеріали, які втратили свої споживчі властивості». Так, на промислових підприємствах це можуть бути відходи від шин, відпрацьованого палива, пакувальних матеріалів.

Доцільним буде удосконалити законодавче визначення відходів з урахуванням наступних аспектів: по-перше, зазначити про екологічний аспект поняття, а саме про небезпечність відходів для навколишнього природного середовища та здоров'я людей; по-друге, звертати увагу на правову сторону поводження з відходами – наміри або зобов'язання виробника відходів здійснити певні дії з ними; по-третє, відобразити можливості відходів виступати в ролі не лише матеріально-сировинних, а й енергетичних ресурсів; по-четверте, зазначити напрями подальшого використання відходів, можливості отримання майбутніх економічних вигід від їх використання; по-п'яте, враховувати можливість виникнення відходів не тільки в процесі виробництва і життєдіяльності людей, а й внаслідок катастроф. На загальнотеоретичному рівні передбачається, що сутність досліджуваного поняття змінюється залежно від специфіки діяльності підприємства, на якому відходи утворюються [4, с. 202]. Проте, таке твердження містить дискусійні моменти, адже діяльність підприємства впливає на вид, склад відходів, проте не змінюється саме розуміння відходів.

Трусов А.Д. і Захаров А.Н., доречно зазначають, що поняття «відходи» змінюється з впровадженням досягнень науково-технічного прогресу. Таких речовин, предметів і матеріалів, що в умовах НТП не можуть бути використані в якості вторинної сировини чи альтернативних видів палива стає сьогодні все менше [5, с. 27].

Тож, поняття відходів має поєднувати в собі правовий, економічний, екологічний та ін. підходи, що сприятиме більш точному розумінню їх сутності, що в подальшому дасть змогу розробити та науково обґрунтувати класифікацію цих об'єктів.

Література:

1. Пікінер В.В. Поняття «відходи»: правовий, економічний та обліковий підходи. / Пікінер В.В. // Проблеми теорії та методології бухгалтерського обліку, контролю і аналізу. – 2012. – № 3 (24). – С. 418-423.
2. Довга Т.М. Класифікація побутових відходів як передумова ефективності їх рециклінгу в Україні / Т.М. Довга // Економічний часопис XXI. – 2011. – № 5/6. – С. 50-53.
3. Економіка природокористування [Текст] : навчальний посібник для вузів / Н. С. Макарова, Л. Д. Гармідер, Л. В. Михальчук. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 322 с.
4. Пилипів Н.І., Максимів Ю.В. Економічна сутність та класифікація відходів для відображення їх в обліку на деревообробних підприємствах / Н.І. Пилипів, Ю.В. Максимів // Вісник ЖДТУ. – № 3 (53). – 2010. – С. 201-205.
5. Трусов А.Д., Захаров А.Н. Комплексное использование сырьевых ресурсов: (Пути повышения экономической эффективности в условиях НТП) / А.Д. Трусов, А.Н. Захаров. – М.: Экономика, 1986. – 110 с.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

*Кімлик В.О.,
студент 32 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В ТРУДОВОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН НА ПРИКЛАДІ НІМЕЧЧИНИ

Медицина сфера у ХХІ столітті посідає значне місце у правовій, соціальній та інших площинах як в Україні, так і за її межами. Цьому є багато причин, зокрема, підвищення уваги громадськості до надання медичних послуг, незадовільна якість медичного обслуговування тощо.

Актуальність питання медичного страхування в трудовому законодавстві викликане розвитком ринкових відносин, ускладненням взаємозв'язків між суб'єктами господарювання, постійним підвищенням вимог до працівників через розвиток науково-технічного прогресу. В особливій групі ризику – громадяни, що працюють на підприємствах в умовах небезпечних для життя. Це, у свою чергу, продовжує потребу попередження і відшкодування тих збитків, які можуть бути завдані внаслідок таких ризикованих обставин.

Без такої турботи про працівників неможливе забезпечення безперервності процесу виробництва матеріальних благ та підтримання належного рівня життя працівника на підприємстві. Сьогодні таке питання підіймається особливо часто, на фоні питань соціального захисту та мотивації персоналу. Мова йдеться про медичне страхування працівників [1, с.23].

Як відомо, одним із способів дослідження сутності будь-якого явища, є вивчення зарубіжного досвіду, в даному випадку – адміністративно-правового забезпечення обов'язкового медичного страхування працівників. Загальними питаннями обов'язкового медичного страхування займалися такі вчені як В.Журавель, С. Козуліна, О.Крилова, Т.Педченко; питаннями ж зарубіжного досвіду (а конкретно – Німеччини, яка і стала об'єктом мого дослідження) – А.Нагребецький, М.Норекян та інші.

Принцип обов'язкового медичного страхування працівників діє у Франції, Канаді, ФРН, Нідерландах, Швеції, Бельгії та інших країнах. Обов'язкова форма використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я. Цей вид страхування потребує чіткого визначення правових, організаційних та фінансових засад запровадження такої системи. [2, с.66].

Вибір Німеччини в якості країни-об'єкта дослідження обумовлений тим, що саме у ній вперше запровадили обов'язкове медичне страхування працівників. Сталося це наприкінці ХІХ століття (1883 р.) в епоху правління кайзера Вільгельма і рейхсканцлера Отто фон Бісмарка з прийняттям Закону «Про обов'язкове медичне страхування деяких категорій працівників». В якості головного принципу медичного страхування визначався принцип солідарності, в рамках якого кожний працівник вносив кошти в загальну касу, а з цих грошей виплачувалася медична допомога тим, хто мав у цьому необхідність. Цей принцип і наразі застосовується у багатьох країнах.

В сучасному трудовому законодавстві Німеччини застраховані працівники та члени їх сімей мають право на однаковий набір послуг незалежно від соціального положення, розміру внеску та тривалості страхування, який включає:

– профілактику захворювань, охорону здоров'я на робочому місці;

- медичне обстеження з метою виявлення захворювань;
- лікування (амбулаторна та стоматологічна допомога, лікарські засоби, послуги спеціалістів суміжних з медициною професій, стаціонарне лікування, сестринський догляд вдома, деякі види відновного лікування, соціальна терапія) тощо. [5, с. 59, с. 67].

Крім цього, лікарняні каси надають допомогу працюючим на випадок хвороби в розмірі 70 % останньої заробітної плати з 7 по 78 тиждень (перші 6 тижнів оплачує роботодавець) [3, с.483-484]

До позитивних моментів організації охорони здоров'я працівників Німеччини, а конкретно обов'язкового медичного страхування працівників, можна віднести наступні:

- можливість людини, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти з системи державного обов'язкового страхування і перейти в приватний сектор страхування;
- можливість працюючого забезпечувати медичне страхування непрацюючих членів його сім'ї;
- обмеження суми заробітної плати, з якою стягується страховий внесок;
- можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичної установи.

Є і певні недоліки. Так, німецька система обов'язкового медичного страхування ґрунтується на припущенні, що більшість громадян має доступ до охорони здоров'я завдяки зайнятості. Чоловік/дружина, які не працюють, та діти покриваються безкоштовно. Солідарний характер цієї системи спрямовує весь тягар фінансування охорони здоров'я на працівників. Щорічне «старіння нації» безпосередньо впливає на кількість внесків на обов'язкове медичне страхування як працівників, так і непрацюючих осіб.

Є проблема і з іншого боку. Застраховані в німецькій системі медичного страхування майже ніколи не знають про сукупні витрати на їх лікування, оскільки заклади охорони здоров'я напряму отримують компенсацію за надані послуги від лікарняних фондів. Це призводить до виписування дорогих лікарів та призначення дорогого, не завжди ефективного лікування. До того ж, брак конкуренції між лікарняними фондами викликає поступове підвищення витрат для застрахованих осіб шляхом незначного збільшення розміру обов'язкових страхових внесків. [4, с.1-2]

Отже, Німеччина вміло використовує власний досвід з минулого та намагається уникати найпоширеніші помилки в сфері медичного страхування працівників (наприклад, безальтернативність вибору медичної установи, виду страхування, лікаря, тощо). При цьому їй поки що не вдається подолати ті недоліки, які властиві солідарній системі страхування. На даний момент більшість країн Західної Європи зіткнулися з неможливістю утримання фінансової стійкості традиційної системи медичного страхування Бісмарка.

Література:

1. Т.Мельник Медичне страхування працівників: облік та оподаткування Т. Мельник // Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка: сер.: Економіка. – 10/2008. – Вип.106. – С. 23-26.

2. С.Ніколаєнко Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (503). – 2001. – с. 64-67.

3. В.Стеценко Адміністративно-правове забезпечення обов'язкового медичного страхування (іноземний досвід та пропозиції для України) // Форум права.

– 2010. – № 2. – С. 482-488. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2010_2_78.pdf.

4. Криза німецької системи соціального медичного страхування // Ласр Хандріх, Олександра Бетлій // Інститут економічних досліджень та політичних консультацій // W7. – Режим доступу: http://www.ier.com.ua/ua/publications/policy_briefing_series/?pid=127

5. Busse R. Health care systems in transition Germany / R. Busse, A. Riesberg. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 220 p.

Науковий керівник – к.ю.н., ст. виклад. Сидоренко А.С.

*Козловська Я.О.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ

Донорство крові, на сьогоднішній день, є невід'ємним соціально-економічним інститутом, важливість якого важко переоцінити. Проте, його правове регулювання не завжди відповідає викликам сьогодення, що вкрай негативно проявляється на функціонування сфери донорства взагалі та донорства крові зокрема.

Донорство крові неодмінно пов'язано з певним порушенням тілесної недоторканності особи, а також із деякими ризиками заподіяння шкоди його здоров'ю чи поширенням інфекційних захворювань. У зв'язку з цим виникла потреба законодавчого врегулювання особливостей донорства.

Так, законодавчим актом, яким здійснено правове регулювання донорства крові є прийнятий ще у 1995 році ЗУ "Про донорство крові та її компонентів". Саме цим законом врегульовано правові та медичні заходи з організації донорства крові з метою забезпечення потреб медичної галузі у донорській крові, а також її компонентів [1].

Цим законом встановлено, що під донорством (у нашому випадку крові), слід розуміти акт волевиявлення людини, який полягає у наданні крові або її компонентів з метою їх подальшого безпосереднього використання в лікувальних цілях, а також виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання у наукових дослідженнях.

Передбачено, що виключно повнолітня та дієздатна фізична особа, волевиявлення якої ґрунтується на добровільності та усвідомленні наслідків своїй дій. Умовою донорства є попереднє медичне обстеження та стан здоров'я та відсутність протипоказань, що визначені МОЗ України (має бути виключена загроза життю та здоров'ю як для донора так і для реципієнта). В інших випадках, отримана кров та її компоненти можуть бути використані для наукових досліджень, виготовлення речовин, не призначених для введення в тіло реципієнта.

Проте, теорія медичного права сформувала ряд поглядів щодо правового вдосконалення даної сфери, а отже фактично виникає ряд питань, які потребують певного регламентування, принаймні шляхом прийняття спеціальних підзаконних нормативно-правових актів, оскільки вищезгаданий закон все ж таки врегулював загальні питання донорства крові та в цілому відповідає міжнародним нормам з цього питання.

Так, важливим є визначення ступеня інформованості донора (зокрема донора крові) щодо способів використання одержаної крові або про можливе її комерційне використання. Щодо останнього, то досі точаться дискусії щодо права, у такому випадку, донора або його родичів на отримання частини прибутку [1].

Окрім того, багато науковців вважають суперечливим питання поінформованості реципієнта про його донора. Так, законодавство гарантує забезпечення конфіденційності даних донора, проте, у той же час, чи не є обмеженням прав хворого на інформацію про джерело походження донорської крові, а також відомості про стан здоров'я донора [2]. Така поінформованість має, окрім всього іншого, може вплинути на рішення хворого при наданні згоди на своє лікування у випадку сповідання певної релігії чи прихильності до деяких світоглядних концепцій із особливим ставленням до донорства (зокрема крові та її компонентів).

Аналіз наукової літератури з даної тематики вказує на те, що деякими науковцями заперечується обґрунтованість закріпленої у ЗУ "Про донорство крові та її компонентів" можливість оплатного донорства крові. Зокрема зазначається, що платне надання крові та її компонентів збільшує ймовірність надання неправдивих відомостей при переддонорському анкетуванні, в результаті чого можливі ускладнення у реципієнта, пов'язані з хворобами донора [1]. Проте, така точка зору видається досить спірною, оскільки донорська кров перед її використанням має обов'язково проходити дослідження, а надання крові, що не може бути використана для переливання, не виключає її подальшого використання в наукових цілях. Окрім того, українське суспільство вимагає бодай мінімального фінансового сприяння донорству крові, яке, на жаль, не досягло належного рівня систематичності, що особливо дається взнаки з початком проведення антитерористичної операції та надходженням до лікарень важкопоранених осіб.

Невирішеним питанням на сьогодні можна вважати справедливий розподіл донорської крові та її компонентів, оскільки частими є випадки оперативної нестачі донорського матеріалу. Така справедливість може бути досягнута лише при встановленні прозорих критеріїв розподілу із визначеними на законодавчому рівні пріоритетами. Звісно, головним критерієм у такому випадку є медична необхідність, проте, як емко та вірно зазначила Волкова О.О., дане поняття є розмитим і контекстно-залежним [1].

Пропозиції щодо можливості продажу донорського матеріалу на нашу думку не заслуговують на увагу, оскільки це призведе до посилення нерівності у доступі до донорської крові та її компонентів, а також певної дискримінації на рівні донорства [3].

Таким чином, важливим є вироблення єдиного теоретичного базису для реформування та вдосконалення законодавства про донорство взагалі та донорство крові та її компонентів зокрема. Існуюче правове забезпечення цієї галузі викликає чимало дискусій, які врешті мають вилитися у систематизовану систему пропозицій з її вдосконалення, зокрема в питанні забезпечення безпеки донора та реципієнта, доступу до інформації та справедливого розподілу донорського матеріалу.

Література:

1. Волкова О.О. Актуальні питання міжнародно-правового регулювання трансплантації / О. О. Волкова // Часопис Київського університету права. – 2011.-№4. – С. 371-376. – Режим доступу:

http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Chkup_2011_4_91.pdf

2. Сенюта І Законодавче забезпечення донорства в Україні// Вісник Львівського Університету/ [електронний ресурс] Режим доступу: http://law.lnu.edu.ua/fileadmin/user_upload/visnyk/46/vsn46_04.pdf

3. Сидорчук О.А. Питання донорства крові та її компонентів у вітчизняній правовій науці// Право і суспільство/ [електронний ресурс] Режим доступу:http://www.pravoisusplstvo.org.ua/archive/2015/5_2_2015/part_2/16.pdf

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

Корнісико Н.О.,

студент 23 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ УПОВНОВАЖЕНОГО З ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ

Стаття 49 Конституції України гарантує громадянам право на охорону здоров'я та медичну допомогу. Згідно з цією статтею держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Чинне законодавство України, зокрема норми Цивільного кодексу України (ст. 284–286), Основ законодавства України про охорону здоров'я (ст. 37–43, 45) визначають право особи на медичну допомогу, інформацію про стан свого здоров'я, таємницю про стан здоров'я, застосування методів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації. У той же час зазначених законодавчих актах відсутній порядок контролю за дотриманням цих прав. Тобто, хоч діюче законодавство і регламентує права пацієнтів, але немає прямого законодавчого визначення порядку їх реалізації. Через відсутність у пацієнтів професійних знань у галузі медицини, часто вони є нерівними та незахищеними у відносинах з лікарями. Тому виникає необхідність у наявності на стороні пацієнта особи, яка могла б його професійно підтримати, оцінити дії медиків та захистити його права.

Засвідчити справжність намірів щодо забезпечення в Україні прав пацієнтів може створення спеціального державного органу, який би контролював дотримання цих прав. Таким органом може бути офіційно визнаний та запроваджений у країнах Європи інститут Уповноваженого (омбудсмена) з прав пацієнтів. В теорії Уповноваженого з прав пацієнтів розглядають як різновид інституту спеціалізованого омбудсмена, під яким розуміють незалежну авторитетну особу, яка діє як посередник між населенням та державними органами чи органами місцевого самоврядування, а також проводить моніторинг законодавства і діяльності органів управління на основі наданих йому повноважень, подає рекомендації щодо протидії фактам поганого управління та усунення порушень прав людини у сфері охорони здоров'я [1].

У світовій практиці інститут Уповноваженого з прав пацієнтів є порівняно новим. Перші офіційні пропозиції щодо створення такого органу були висунуті у 80-х роках ХХ століття у Норвегії. На сьогодні інститути із захисту прав пацієнтів створені в Австрії, Бельгії, Польщі, Греції, Хорватії, Угорщині, Великій Британії, США, Канаді. Досить ефективно інститут медичного омбудсмена функціонує у США, зокрема, у Південній Кароліні. Департаментом охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення США розроблена програма розвитку інституту медичного омбудсмена для приватних клінік. Вона діє в штатах Айдахо, Мічиган, Орегон, Массачусетс, Пенсільванія, Південна Кароліна і Вісконсін [2]. У 1978 році Конгрес США ухвалив закон, який зобов'язав органи влади штатів розробити програми розвитку інституту медичного омбудсмена для служб охорони здоров'я. В результаті було законодавчо передбачено введення омбудсмена у справах охорони здоров'я

штатом Південна Кароліна та іншими суб'єктами федерації. Над законами щодо врегулювання правового статусу цього інституту працюють в штатах Флорида, Масачусетс, Пенсільванія та Вашингтон. В одних штатах медичні омбудсмени підзвітні губернатору, в інших – службі у справах людей похилого віку, третіх – спеціальним благодійним організаціям. Є випадки, коли самі клініки та інші установи системи охорони здоров'я запроваджують відомчих омбудсменів для вирішення скарг громадян. Але, як свідчить практика, відомчі омбудсмени часто настільки тісно пов'язані своїми установами, що не можуть ухвалювати об'єктивні та ефективні рішення [3].

В Україні гостро постає необхідність законодавчого врегулювання прав пацієнтів. Зокрема у Верховну Раду України було внесено і зареєстровано 5 законопроектів з цього питання, однак жоден з них не був прийнятий. Проаналізувавши іноземний досвід, можна зробити висновок, що в Україні необхідно запровадити посаду Уповноваженого з прав пацієнтів, який би обирався Верховною Радою України за поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, терміном на п'ять років. Медичний омбудсмен в Україні повинен розглядати скарги осіб, права яких порушено медичним персоналом, зокрема у сфері належного медичного догляду. Він повинен мати представників на місцях та відповідну допоміжну службу. Уповноважений з прав пацієнтів має нести політичну відповідальність перед органом, який його призначив на посаду.

Щодо наданих повноважень, то статус Уповноваженого з цих питань може мати «сильний» або «слабкий» характер. «Сильним» він може бути у випадку наділення його повноваженнями щодо попереднього (досудового) розслідування, можливості надання правової оцінки поведінці медичних працівників та можливості прийняття рішень, які б мали юридичнозначущий характер. Однак, враховуючи правові традиції, що склалися в процесі українського державотворення, він, швидше за все, носитиме «слабкий» характер, тобто буде наділений повноваженнями розглядати скарги пацієнтів і ставити перед органами охорони здоров'я та адміністрацією медичних закладів питання про усунення існуючих порушень прав пацієнтів. А для винесення остаточних рішень він змушений буде звертатись до правоохоронних органів чи до суду. Водночас, саме такий шлях і відповідатиме принципам правової держави та ідеям верховенства права. Тож саме цей шлях і буде найбільш раціональним для запровадження інституту Уповноваженого з прав пацієнтів в Україні [1].

Таким чином, запровадження інституту медичного омбудсмена в Україні є доцільним. Для того, щоб отримати дійсно якісний результат, треба імплементувати вітчизняну систему законодавства найкращий іноземний досвід з урахуванням особливостей реформування системи охорони здоров'я в Україні, побудувати власну модель захисту прав громадян в галузі медицини.

Література:

1. Пищита А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. М.: Центральная клиническая больница РАН, 2006. – 210 с.
2. Хиль Роблес А. Парламентский контроль за администрацией: (институт омбудсмана). – М.: AdMarginem, 1997. – 335 с.
3. Бойцова В.В. Служба защиты прав человека и гражданина. Мировой опыт. – М.: БЕК, 1998. – 408с.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

*Котелевець Є.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

СВІТОВИЙ ДОСВІД РЕПРОДУКТИВНОГО КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ

У зв'язку із розвитком науки й техніки на сьогоднішній день все більшої актуальності набувають питання клонування людини. Неоднозначність сприйняття даного питання з боку науковців, юристів, лікарів та інших інститутів суспільства підкреслює актуальність відповідної теми.

Дослідженням питань пов'язаних із клонуванням займалися такі вчені як, А. О. Романівна, С. Х. Хімченко, Я. О. Триньова, В. Третьякова, Т. Короткий та інші.

На основі міжнародно-правових в чинному законодавстві України закріплено легальне визначення поняття клонування. Так, відповідно до Закону України «Про заборону репродуктивного клонування людини» під клонуванням розуміється – створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини.

Проаналізувавши вищезгаданий термін, С. Х. Хімченко відмітила його недосконалість і запропонувала замінити термін «клонування» на «репродуктивне клонування» із зазначенням в ньому всіх відомих сучасній науці методів клонування (чи не вказувати конкретного методу), або доповнити перелік термінів новими [1, с. 502]. Я погоджуюсь із думкою вченої, та вважаю, що так як законодавець вказав на заборону клонування людини тільки методом заміщення ядра, то може здатися, що дозволено клонувати людини методом партеногенезу.

Щодо доктринального визначення даного терміну, то С. Х. Хімченко відмічає, що клонування це відтворення якого-небудь об'єкта кілька разів, а об'єкти отримані внаслідок клонування називаються клонами. Клонування людини передбачає проведення маніпуляцій із жіночими статевими клітинами і фактичне вирощування ембріонів [2, с. 502].

В залежності від цілей, які ставляться перед клонуванням, воно поділяється на: терапевтичне та репродуктивне. Під терапевтичним клонуванням розуміють клонування організму в лікувальних цілях. Метою терапевтичного клонування людини є збір стовбурних клітин з ембріону людини. Обов'язковою властивістю такого виду клонування є знищення ембріона у віці 14 днів (включно). Як наголошує автор, при терапевтичному клонуванні відбувається покращення здоров'я одного живого організму за рахунок іншого живого організму. Метою репродуктивного клонування є народження людини [1, с. 106]. Тож, вчена надала тлумачення репродуктивного клонування та за допомогою відмежування від терапевтичного клонування розкрила їх відмінності та особливості.

Законодавство європейських країн забороняє репродуктивне клонування, зокрема можемо навести такі нормативно-правові акти, що прямо забороняють відповідний вид клонування це: Конвенція про права людини та біомедицину від 04.04.1997 р., Хартія основних прав Європейського Союзу від 07.12.2000 р., Загальна декларація про геном людини та права людини від 11.11.1997 р., Додатковий протокол про за борону клонування людини до Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину 1997 р., Декларація Організації Об'єднаних Націй про клонування людини від 08.03.2005 р.

Вищезазначені міжнародні акти наголошують на недопустимості застосування репродуктивного клонування, так для прикладу в Конвенції про права людини та біомедицину проголошено пріоритетність блага окремої людини над інтересами науки і суспільства. Як відзначає О. Р. Антонюк, цей фундаментальний принцип є загальним для всіх міжнародних документів, на основі яких здійснюється етичне і правове регулювання медичної практики й експериментів над людиною [3, с. 9].

В статті 3 Хартії основних прав Європейського Союзу встановлена пряма заборона на репродуктивне клонування людини.

Такі країни як Німеччина, Іспанія, Данія, Італія, Франція, Швеція, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Японія, Австралія, Естонія, Мексика, Молдова, Румунія, Словаччина, Словенія, забороняють репродуктивне клонування та інші форми клонування. Проте з 2009 року в деяких країнах дозволено терапевтичне клонування, для прикладу в США та у Великобританії.

Поряд із загальними міжнародними актами, європейські держави прийняли ряд законів, у даній сфері. Для прикладу у Німеччині, Італії, Австралії діє Закон «Про заборону клонування людини». Україна також на законодавчому рівні заборонила репродуктивне клонування відповідно до Закону України «Про заборону репродуктивного клонування людини».

Цікавим є досвід Південної Кореї, де в 1998 р. було прийнято закон, що дозволяє клонування людської клітини лише з метою боротьби з раком і іншими хворобами.

Більшість держав, що підписали міжнародні акти ввели кримінальну відповідальність щодо клонування людини. У Франції передбачено покарання до 20 років позбавлення волі, в Німеччині – 5, в Японії – 10 років [5, с.79].

Таким чином, репродуктивне клонування у світі є забороненим явищем, що підтверджується рядом міжнародно-правових актів, що були ратифіковані європейськими країнами. Проте деякі держави не забороняють на законодавчому рівні терапевтичне клонування, що є показником тенденції до сприйняття даного явища. Але на сьогодні, провідною позицією залишається все ж таки не гуманність інституту репродуктивного клонування, що суперечить нормам моралі, етики та релігії.

Література:

1. Триньова Я. О. Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини»: постатейний аналіз [Електронний ресурс] / Я. О. Триньова // Право і суспільство. – 2013. – № 6.2. –С. 105-109. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Pis_2013_6.2_27.pdf

2. Хімченко С. А. До питання криміналізації клонування людини [Електронний ресурс] / С. А. Хімченко // Актуальні проблеми держави і права. – 2012. – Вип. 67. – С. 502-507. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apdp_2012_67_72.pdf

3. Антонюк О. Р. Етико-правові проблеми клонування людського організму [Електронний ресурс] / О. Р. Антонюк // Медичне право України: правовий статус пацієнтів України та його законодавче забезпечення. – 2008. – Вип. 17. – С. 7-11. – Режим доступу: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_007.pdf

4. Третьякова В. До питання формування міжнародно-правових біотичних заasad терапевтичного клонування органів і тканин людини [Електронний ресурс] / В. Третьякова // Віче. – 2013. –№ 2. –С. 23-25. –Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/viche_2013_2_8.pdf

*Кочеткова К.І.,
студентка 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ГМО У СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКІЙ ПРОДУКЦІЇ

Із розвитком генетичної інженерії набуває значного поширення використання генетично модифікованих організмів (далі – ГМО) у продуктах харчування, велику частину яких становить продукція сільського господарства. Також можна погодитися з думкою О. Кривогубової, яка зазначає, що постійне збільшення площ, засіяними генетично модифікованими рослинами, поширення біотехнологій усьому світі та територіальне розташування України ставлять питання про необхідність створення дієвої системи регулювання ГМО. Одним із елементів цієї системи є нормативно-правова база [1, с. 133]. Враховуючи це постає важливим питанням правового регулювання використання ГМО.

Закон України «Про основи національної безпеки України» від 19.06.2003 № 964-IV визначає, що на сучасному етапі основними реальними та потенційними загрозами національній безпеці України, стабільності в суспільстві в екологічній сфері є екологічно необґрунтоване використання генетично змінених рослин, організмів, речовин та похідних продуктів (ст. 7). І це ще раз підтверджує актуальність питання правового регулювання використання ГМО.

Правове регулювання ГМО досліджується багатьма вченими. Серед них С. І. Бурега, Л. В. Струтинська-Струк, В. Р. Макаровська, О. Кривогубова, М. Григорова тощо. Однак деякі питання цієї теми досліджено недостатнім чином. Тому ця робота присвячена окремим проблемам правового регулювання використання ГМО у сільськогосподарській продукції.

Відповідно до чинного законодавства генетично модифікований організм – це будь-який організм, у якому генетичний матеріал був змінений за допомогою штучних прийомів переносу генів, які не відбуваються у природних умовах (ст. 1 Закон України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» від 31.05.2007 № 1103-V (далі – Закон України «Про державну систему біобезпеки ...»)).

Одним із принципів державної політики в галузі генетично-інженерної діяльності та поводження з ГМО є пріоритетність збереження здоров'я людини і охорони навколишнього природного середовища (далі – НПС) у порівнянні з отриманням економічних переваг від застосування ГМО (п. 1 ч. 1 ст. 3 Закону України «Про державну систему біобезпеки ...»). На реалізацію цього принципу важливим є наявність ефективної правової основи регулювання використання ГМО.

Серед біологів, генних інженерів та інших науковців, які досліджують хімічні та фізичні властивості ГМО відсутня єдина позиція щодо наслідків впливу останніх на довкілля і здоров'я людини. Тому зважаючи на це важливим є законодавче закріплення заборони вивільнення в НПС, промислове виробництво та введення в обіг ГМО, а також продукції, виробленої із застосуванням ГМО до їх державної реєстрації. Але при цьому, дозволяється вивільнення у НПС тільки з метою держав-

ної апробації (випробовувань) (ст. 13, 15 Закону України «Про державну систему біобезпеки...»).

Відповідно до Закону України «Про державну систему біобезпеки...» до продукції, яка реєструється у Державних реєстрах ГМО належать, зокрема, сорти сільськогосподарських рослин, створені на основі ГМО (ст. ч. 3 ст. 14). Порядок державної реєстрації ГМО сортів сільськогосподарських рослин у відкритій системі, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 23.07.09 № 808 (далі – Порядок), яка визначає реєстраційним органом Міністерство аграрної політики та продовольства України. Також на це Міністерство покладається обов'язок ведення Державного реєстру ГМО сортів сільськогосподарських рослин у відкритій системі, куди вносяться відомості про державну реєстрацію ГМО. Слід зазначити, що наразі в цьому реєстрі відсутній жоден ГМО. Законодавець встановив просту процедуру реєстрації, проте вона передбачає пред'явлення значної кількості документів. Така державна реєстрація здійснюється безоплатно строком на 5 років (п. 2 Порядку).

До генетично модифікованих сортів рослин можуть бути застосовані обмеження щодо їх вирощування на землях, перелік яких визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони НПС (ч. 8 ст. 14 Закону України «Про державну систему біобезпеки...») – Міністерством екології та природних ресурсів України. Проте, наразі такий перелік земель відсутній, що, на нашу думку, є негативним явищем, оскільки це призводить до неконтрольованого розповсюдження генетично модифікованих рослин.

Законодавець зобов'язує здійснювати маркування продукції, яка містить ГМО, якщо їх частка у харчовому продукті перевищує 0,9 % в будь-якому інгредієнті харчового продукту, що містить, складається або вироблений з ГМО. При цьому маркування харчового продукту повинно включати позначку «з ГМО» (ч. 4 ст. 39 Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» від 23.12.1997 № 771/97-ВР (далі – Закон України «Про основні принципи...»). Таке маркування повинно бути здійснене державною мовою і у ньому можуть бути зазначені певні речовини та їх кількість без зазначення властивостей, які харчовий продукт має завдяки цим речовинам (ч. 7 ст. 39 Закону України «Про основні принципи...»). Проте оператор ринку за бажанням може включити до маркування позначку «без ГМО». В такому випадку відсутність ГМО у харчовому продукті має бути підтверджена відповідно до вимог законодавства про безпечність та окремі показники якості харчових продуктів. Відсутність даних від постачальників про наявність в інгредієнтах ГМО є достатнім підтвердженням для нанесення такої позначки на харчовий продукт (ч. 5 ст. 39 Закону України «Про основні принципи...»). Введення обов'язкового маркування здійснюється з метою інформування споживача про наявність особливостей відповідної продукції.

У сфері застосування ГМО важливим є питання здійснення державного контролю за продукцією (а саме сільськогосподарською), яка містить такі організми. Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.11.2010 № 971 затверджено Перелік харчових продуктів, щодо яких здійснюється контроль вмісту генетично модифікованих організмів. До них належать, зокрема, соя, кукурудза, картопля, томати, кабачки, диня, цикорій, цукровий буряк, ріпак, льон, бавовна, пшениця, рис. Такий контроль здійснює Міністерство аграрної політики та продовольства України (п. 3 абз. 19 п. 4 Положення про Міністерство аграрної політики та продовольства України, затверджене Указом Президента України від 23.04.2011 № 500/2011).

Законодавець у ст. 18 Закону України «Про державну систему біобезпеки ...» зазначає, що за порушення законодавства в галузі поводження з ГМО настає дисциплінарна, цивільна, адміністративна і кримінальна відповідальність. А також передбачає види правопорушень у цій сфері: 1) приховування або перекручення інформації, що могло спричинити або спричинило загрозу життю та здоров'ю людини чи НПС; 2) недотримання або порушення вимог стандартів, регламентів, санітарних норм і правил використання, транспортування, зберігання, реалізації ГМО; 3) використання незареєстрованих ГМО або продукції, отриманої з їх використанням (за винятком науково-дослідних цілей); 4) порушення правил утилізації та знищення ГМО; 5) невиконання законних вимог посадових осіб, які здійснюють державний нагляд і контроль.

Отже, на законодавчому питанні ГМО врегульовано належним чином, проте по факту відсутня його практична реалізація. Державний реєстр ГМО сортів сільськогосподарських рослин у відкритій системі не містить жодного ГМО, хоча на українському ринку споживач знаходить не лише органічну продукцію. Щодо питання переліку земель, на яких обмежується вирощування генетично модифікованих рослин, то воно потребує подальшого законодавчого врегулювання.

Література:

1. Кривогубова О. Законодавче регулювання використання генетично модифікованих організмів в Україні / О. Кривогубова // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2014. – Вип. 2(21). – С. 128-134.

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

Кошляк Б.Р.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЧЕРЕЗ МІЖНАРОДНІ ОРГАНІЗАЦІЇ

Дана тема є новою для України з приводу закупівлі лікарських засобів через міжнародні організації. Але держава буде розвивати дану тему дуже швидко.

На сьогодні Міністерство охорони здоров'я України окрім основних функцій здійснює централізовані закупівлі лікарських засобів. Щоби забезпечити громадян ліками та діагностику за рахунок держави, приймає низку державних програм та централізованих заходів.

Проте набранням закону № 269-VIII, чинності, який довго обговорювався і за який точилися суперечки. Передбачає механізм закупок лікарських засобів міжнародними організаціями шляхом укладання угоди з Міністерство охорони здоров'я України.

Подібний підхід державних закупівлі є новим для України, але в світі використовується достатньо давно. Даний механізм розглянемо на прикладі ЮНІСЕФ.

Механізм закупівлі лікарських засобів за допомогою ЮНІСЕФ зазвичай являє частиною програми співробітництва з країною. Способи залучення ЮНІСЕФ, для надання такої послуги можуть бути різними. Випадку залучення ЮНІСЕФ держава може передати функцію закупки лікарських засобів спеціальним підрозділам ЮНІСЕФ. Таким чином відкривається великий досвід іресурсів даної організації.

Також ЮНІСЕФ допомагає в плануванні потреб закупівлі, організації, і моніторингу подальшого використання і розподілу лікарських засобів усередині держа-

ви. Передбачається що даний механізм застосовують Урядом у формі транзитного інструмента до формування своєї системи яка дозволяє про водити закупку лікарських засобів своїми силами.

Уряд здійснює авансовий платіж у повному обсязі згідно з попередньою домовленості. Дані кошти ЮНІСЕФ використовує для закупівлі від імені Уряду необхідних лікарських засобів у постачальників. Закупки лікарських засобів які замовлені проводяться ЮНІСЕФ самостійної на основі прав та обов'язків організацій. Що дозволяє обирати постачальника конкурентним способом.

Враховуючи статус ЮНІСЕФ і значні об'єми закупок організація має право залучати довго строкові договори з постачальниками, забезпечує таки чином ефективне планування, високі стандарти якості та конкуренцію цін Таким чином Уряд як замовник і одержувачі лікарських засобів, не приймає участі у виборі конкретного постачальника і співробітництвом з ним, що дозволяє знизити корупційні ризики які часто застосовується у проведенні тендерних процедур.

Якщо брати до уваги корупцію в державних закупівлі лікарських засобів в Україні, то все зрозуміло що Уряд хоче долучити міжнародні організацій, до того поки не проведе реформу в Україні.З юридичної точки даний механізм часткової або повної передачі державних закупівлі лікарських засобів міжнародними організаціями і хоча даним законом № 269-VIII врегульовуються даний механізм. Але на сьогодні дані зміни законодавства цим законом не працюють. Тому що велика бюрократична машина не дозволяє запровадити механізм в Україні.

Можливо було прийняти закон який регулював спеціальні правила для закупівлі лікарських засобів міжнародними організаціями, також даний закон влучав в собі оподаткування, митного оформлення і так далі Подібний підхід уже існував раніше в Україні закупівлі лікарських засобів за кошти грантів. Наприклад глобальний фонд по боротьбі зі СНІДом туберкульозом та малярією, який регулюється спеціальним законом який був прийнятий у 2012 р.

Таким чином здійснення закупівлі лікарських засобів через міжнародні організації, є новим для України. Але Україна намагається зробити перші кроки з приводу запровадження механізму закупівлі лікарських засобів через міжнародні організації. І все-таки готова передати повному або частковому державних закупівлі лікарських засобів міжнародними організаціями. Але і завеликої бюрократичної машини даний механізм завис у повітрі.

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

Кудря А.Р.,

студент 46 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ВПЛИВ ЗАБРУДНЕНОГО АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Відповідно до ч. 1 ст. 50 Конституції України, кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди [1, Ст. 141]. Це право людини на сьогодні порушується у зв'язку із забрудненням атмосферного повітря, що неминуче позначається на здоров'ї людини. Саме тому дослідження проблем, котрі пов'язані із впливом на здоров'я особи на сьогодні набувають все більшого значення.

Питанню впливу забрудненого атмосферного повітря на стан здоров'я населення присвятили свої праці такі вчені як, Н. Ф. Габчак, З. П. Двудіт, Д. В. Лико, І. Р. Стахів та ін.

Як відомо атмосферне повітря є одним із основних життєво важливих елементів навколишнього природного середовища.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про охорону атмосферного повітря» [2, Ст. 252]: атмосферне повітря – це життєво важливий компонент навколишнього природного середовища, який являє собою природну суміш газів, що знаходиться за межами жилих, виробничих та інших приміщень.

За ст. 1 вищезазначеного Закону: охорона атмосферного повітря – система заходів, пов'язаних із збереженням, поліпшенням та відновленням стану атмосферного повітря, запобіганням та зниженням рівня його забруднення та впливу на нього хімічних сполук, фізичних та біологічних факторів.

Згідно зі ст. 1 Закону України «Про охорону атмосферного повітря»: забруднення атмосферного повітря – змінення складу і властивостей атмосферного повітря в результаті надходження або утворення в ньому фізичних, біологічних факторів і (або) хімічних сполук, що можуть несприятливо впливати на здоров'я людини та стан навколишнього природного середовища.

Як слушно відзначає З. П. Двудіт, забруднення атмосферного повітря за ступенем хімічної небезпеки для людини посідає перше місце. Крім того, як наголошує вчений, людина споживає за добу і в цілому за життя в об'ємному відношенні повітря набагато більше, ніж води та їжі [3, с. 99], що свідчить про небезпеку відповідного явища.

Для підтвердження небезпечності забруднення атмосферного повітря та його негативного впливу на стан здоров'я людини можна навести твердження Стахова І.В. про те, що на сьогодні, сумарний рівень забруднення повітря у великих і середніх містах України у 2-4 рази перевищує гранично допустимий рівень і є небезпечним для здоров'я населення [4, с. 127].

У зв'язку із забрудненням атмосферного повітря, зростає загальна захворюваність населення, зумовлена ураженням окремих органів і систем організму – органів дихання (пневмонія, бронхіальна астма та інші неспецифічні хвороби легень) і серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, інфаркт-міокарда, хронічні хвороби). Також, за умов забруднення атмосферного повітря знижуються адаптивні можливості дитячого організму, що призводять до зміни дихальних функцій і збільшення рівня легеневої патології. Вчений відмічає, що показник захворюваності по Україні за 2007 рік складав 11,4 на 100 тис. дитячого населення і надалі дещо зростає [5, с. 36]. Тож, проблема впливу забрудненого повітря є надзвичайно гострою та потребує врегулювання.

За ст. 22 Закону України «Про охорону атмосферного повітря»: для забезпечення охорони атмосферного повітря впроваджуються організаційно-економічні заходи, що передбачають: екологічний податок; відшкодування збитків, заподіяних внаслідок порушення законодавства про охорону атмосферного повітря; надання підприємствам, установам, організаціям та громадянам-суб'єктам підприємницької діяльності податкових, кредитних та інших пільг у разі впровадження ними мало-відхідних, енерго- і ресурсозберігаючих технологій, застосування заходів щодо регулювання діяльності, що впливає на клімат, здійснення інших природоохоронних заходів з метою скорочення викидів забруднюючих речовин та зменшення рівнів

впливу фізичних і біологічних факторів на атмосферне повітря; участь держави у фінансуванні екологічних заходів і будівництві об'єктів екологічного призначення. Тобто, на підставі закріпленого можна зазначити, що проведення відповідних заходів є надзвичайно необхідним та ефективним способом боротьби із забрудненням атмосферного повітря.

Таким чином, вплив, що справляє забруднене атмосферне повітря на здоров'я людини є надзвичайно шкідливим, що підтверджується наявністю хвороб у людей, які були спричинені саме відповідним негативним явищем. Організаційно-економічні заходи, що забезпечують охорону атмосферного повітря є досить ефективними та спрямовані на мінімізацію шкоди, яка завдається особі. Тому, подальші розробки, напрацювання у напрямку вирішення даної проблеми є вкрай необхідним.

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР//Відом. Верхов. Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Про охорону атмосферного повітря: Закон України від 21.06.2001 р. № 2707-ХІІ // Там же. – 2001. – № 48. – Ст. 252.
3. Дзуліт З. П. Забруднення атмосферного повітря як один з видів впливу залізничного транспорту на довкілля / З. П. Дзуліт // Збірник наукових праць Державного економіко-технологічного університету транспорту. Сер.: Економіка і управління. – 2012. – Вип. 21-22 (2). – С. 99-130.
4. Стахів І. Р. Вплив забрудненого повітряного середовища на стан здоров'я населення за 2001-2010 рр. / І. Р. Стахів // Теоретичні та прикладні аспекти геоінформатики. – 2013. – Вип. 10. – С. 126-132.
5. Лико Д. В. Вплив забруднення атмосферного повітря на стан захворюваності населення м. Рівне / Д. В. Лико, М. В. Каскв'їв // Людина та довкілля. Проблеми неоекології. – 2013. – № 3-4. – С. 35-40.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Кулинич Ю.С.,

студент 41 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ УТИЛІЗАЦІЇ ВІДХОДІВ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Однієї із найбільших екологічних проблем нашої країни є забруднення навколишнього середовища, яка, в першу чергу, спричинена проблемами видалення та переробки відходів. Зважаючи на те, що Україна є європейським лідером із кількості відходів на душу населення [1, с. 112], то цією проблемою неможливо знехтувати чи проігнорувати її негативні наслідки, а варто вирішувати та запобігати шкідливому впливу, пов'язаному із нею.

Вказаним питанням активно цікавиться громадськість, державні та місцеві органи влади, а також досить велика кількість вчених, серед яких: Н.Р.Магушевська, М.В.Романів, А.В.Скрипник, Ю.О.Берлінг, А.Ю.Зигун, І.М.Кліментьєв, М.В.Філонов, І.В.Бабич та інші.

Відповідно до ст.1 Закону України (далі – ЗУ) «Про відходи» [2, Ст. 242]: відходи – будь-які речовини, матеріали і предмети, що утворилися 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.

Таким чином законодавець вказує, що до цієї категорії речовин, матеріалів та предметів слід віднести ті, що:

- 1) утворилися в процесі виробництва чи споживання;
- 2) повністю або частково втратили свої споживчі властивості і не можуть надати використовуватися.

Окрім того, у Держаному класифікаторі України. Класифікатор відходів ДК 005-96 міститься класифікація відходів, де їх пропонують близько 40 видів (відходи з виробництва текстилю, виробництва машин та обладнання, пов'язані із послугами транспорту тощо). Також у ст. 1 ЗУ «Про відходи» зазначається, що утилізація – використання відходів як вторинних матеріальних чи енергетичних ресурсів. Але в той же час на цьому і закінчується усе нормативне забезпечення процесу утилізації відходів, що відповідно призводить до того, що практичне поводження із відходами «стоїть на місці». Бо неможливо здійснювати процес утилізації без законодавчо закріпленої процедури, порядку та способів використання її здійснення.

Не можна сказати, що влада в нашій державі стоїть осторонь цього процесу про що, наприклад, свідчить рішення Ради національної безпеки та оборони від 25 квітня 2013 року «Про комплекс заходів щодо вдосконалення проведення моніторингу довкілля та державного регулювання у сфері поводження із відходами в Україні» [3, Ст. 3029]. Так, це Рішення містить зобов'язання для Кабінету Міністрів України щодо прийняття нових та внесення змін у чинні нормативно-правові акти щодо не тільки процесу моніторингу, а й інших процесів поводження із відходами.

Зокрема абз. а) п.п. 2, п. 3.2 містить вимогу щодо забезпечення розроблення систем поводження з пакувальними матеріалами і тарою, системи збирання, видалення, знешкодження та утилізації відпрацьованих мастил, зношених шин, транспортних засобів та інших матеріалів. Та, на жаль, процес розроблення таких нормативно-правових актів на цьому зупинився.

Враховуючи світовий досвід найбільш ефективними видами утилізації є: 1) спалювання, 2) пресування у паливні брикети, 3) піроліз, 4) використання біотехнологій, 5) гідрогенізація [4, с.16-17]. Всі ці способи мають як позитивні, так і негативні сторони, наприклад, спалювання ефективне щодо утилізації великої кількості відходів але в той же час призводить до забруднення значної кількості території димовими газами та різними токсичним сполуками, що утворилися в процесі згорання. Пресування має лише невеликий недолік – попереднє сортування відходів.

Піроліз – процес високотемпературного розкладання та забезпечує утворення нових вторинних ресурсів, придатних до використання [4, с. 16]. Є досить ефективним способом і фінансово дешевшим за спалювання, але його використання можливе лише у режимі роботи з високими температурами, що унеможливує його використання у народному господарстві.

Гідрогенізація – процес після проведення якого відбувається отримання рідкого палива [1, с. 114]. Однак в Україні можуть виникнути проблеми із застосуванням цього способу, так як він передбачає застосування високотехнологічного обладнання, а враховуючи фінансове та економічне становище нашої держави це стає майже неможливим

На сьогодні найбільш сприятливим до використання є пресування у паливні брикети, але для застосування цього методу варто здійснити наступні попередні

заходи: запровадити систему роздільного збору, сортування сміття та провести відповідну інформаційну кампанію серед населення; відмовитися від зайвого запакування; провести, де це можливо, заміну предметів одноразового використання – багаторазовими тощо.

Також, можна погодитися із думкою Н.Р.Матушевської щодо того, що для утилізації на рівні областей одним із зручних способів утилізації є гідроліз, який є по-перше, фінансово вигідним у порівнянні із спалювання, по-друге, не забруднює навколишнє середовище, по-третє створює продукт який у подальшому можна використовувати [1, с. 115]. Але знову-ж таки, необхідно створити цілу систему спеціальних підприємств, принаймні на рівні областей, які будуть займатися такою переробкою, а також забезпечити формування відповідного законодавства та роботу працівників відповідної кваліфікації.

Отже, ситуація у нашій державі щодо поводження із відходами залишається однією із найгірших у Європі, тому варто негайно привертати увагу керівництва країни до такої проблеми, аби це не призвело до екологічної катастрофи. Варто звернутися до світового досвіду у цій сфері, удосконалити нормативно-правову базу, підготувати кваліфікованих працівників, і відповідно провести необхідну інформаційну кампанію серед населення щодо поводження із різними типами відходів.

Література:

1. Матушевська Н.Р. Тверді побутові відходи та методи їх утилізації / Н.Р.Матушевська // Екологія і ресурси. – 2014. – № 5. – С. 112-117.

2. Про відходи: Закон України від 5 березня 1998 р. №187/98-ВР // Відом. Верхов. Ради України. – 1998. – №36. – Ст. 242.

3. Про комплекс заходів щодо вдосконалення проведення моніторингу довкілля та державного регулювання у сфері поводження із відходами в Україні: рішення Ради національної безпеки та оборони від 25 квітня 2013 року // Офіційний вісник України. – 2013. – №82. – Ст.3029.

4. Скрипник А.В. Оптимізація утилізації відходів в Україні / А.В.Скрипник // Вісник Східноєвропейського університету економіки та менеджменту. – 2014. – №2 (17). – С. 14-26.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Куньковський Д.С.,

студент Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ АКРЕДИТАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я необхідною умовою вдосконалення та забезпечення високої якості надання медичної допомоги є контроль з боку уповноважених органів за діяльністю медичних та фармацевтичних закладів. У системі адміністративного забезпечення нагляду за діяльністю закладів охорони здоров'я усіх форм власності поряд з ліцензуванням важливе місце займає і акредитація.

Процес акредитації закладів охорони здоров'я, який здійснюється в Україні на державному рівні, з одного боку, є невід'ємною складовою системи забезпечення якості медичного та фармацевтичного обслуговування в цілому. З іншого боку,

акредитація є методом адміністративно-правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я.

Згідно ст. 4 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» одним із принципів охорони здоров'я є орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я[1].

Згідно з положеннями ст. 33 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», громадянам України лікувально-профілактична допомога надається акредитованими закладами охорони здоров'я, які мають відповідну ліцензію.

Відповідно до ст. 16 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» заклади охорони здоров'я підлягають акредитації у випадках та в порядку, визначених Кабінетом Міністрів України.

Протягом останнього часу процедура акредитації входить в діяльність медичних установ, що передбачено наступними наступними конкретними підзаконними актами відповідних органів виконавчої влади України у сфері охорони здоров'я:

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 р. № 765 «Про затвердження державної акредитації закладів охорони здоров'я»;

2. Наказ МОЗ України від 14.08.1998 р. № 253 «Про акредитацію закладів служби крові» ;

3. Наказ МОЗ України від 17.07.2000 р. № 169 «Про акредитацію центрів здоров'я»;

4. Наказ МОЗ України від 08.05.2002 р. № 167 «Про затвердження Критеріїв державної акредитації санаторно-курортних закладів України» ;

5. Наказ МОЗ України від 14.03.2011 р. № 142 «Про удосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 06.06.2011 р. № 678/19416 (додатком 3 затверджено Стандарти державної акредитації лікувально-профілактичних закладів, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 06.06.2011 р. за № 680/19418).

Відповідно до положень Постанови КМУ № 765, державна акредитація закладів охорони здоров'я – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності[2].

Метою акредитації є офіційне визнання факту наявності в закладі можливостей для надання медично-профілактичної допомоги певного типу. Акредитація медичних закладів дає змогу встановити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам та регламентам. Це визнання відповідності певного закладу чи особи певним вимогам, які дозволяють їм виконувати певні функції[3].

Однією з головних цілей акредитації можна назвати захист прав пацієнта на отримання медичної допомоги необхідної якості та обсягу. Важливо згадати про два завдання акредитації – підвищення рівня медичного обслуговування при забезпеченні закладів охорони здоров'я дієвим керівництвом і про вдосконалення методів не тільки завдяки виявленню недоліків у роботі установи, але й пошуку шляхів вирішення наявних проблем[4].

Обов'язкова державна акредитація всіх медичних закладів, незалежно від форми власності, має проводитись кожні три роки. Це пов'язано з отриманням держав-

ного дозволу (ліцензії) на відповідний вид господарської діяльності в сфері охорони здоров'я та встановлення рівня відповідності закладу певним його типам.

Під час проходження процедури акредитації заклади охорони здоров'я проходять наступні етапи[5]:

1. Подання до відповідної акредитаційної комісії заяви та обов'язкових документів, які додаються до заяви на проведення державної акредитації відповідного закладу;

2. Експертиза поданих документів, яка здійснюється структурними підрозділами МОЗ України (у разі надходження документів до Головної акредитаційної комісії при МОЗ України), управлінь охорони здоров'я обласних, Київської міської державної адміністрації (у разі надходження документів до акредитаційних комісій при вказаних органах охорони здоров'я);

3. Формування експертних груп для експертизи відповідності ЗОЗ критеріям / стандартам державної акредитації;

4. Експертизи відповідності закладу охорони здоров'я критеріям / стандартам державної акредитації;

5. Прийняття рішення відповідною акредитаційною комісією щодо проведення акредитації та віднесення відповідного закладу до відповідної категорії.

Як і в будь-якій іншій сфері державного регулювання, процес акредитації має основні напрямки подальшого розвитку з метою забезпечення більшої економічної ефективності відповідних закладів. Ступенем зростання такої ефективності в сфері охорони здоров'я можуть слугувати, наприклад, зниження рівня захворюваності населення, зростання задоволеністю надання медичних послуг населенням і т.д. Тому принциповим є окреслення пріоритетних кроків в удосконаленні процедури акредитації закладів охорони здоров'я:

- запровадити систему заохочення (матеріального) для закладів охорони здоров'я, які отримали відповідні рівні акредитації;
- розробити окремі критерії для спеціалізованих закладів;
- врахувати, що дія сертифіката про проходження акредитації повинна співпадати зі строками дії ліцензії МОЗ України;
- звертати увагу на наявність локальних протоколів;
- спершу проводити акредитацію медичних та фармацевтичних закладів, а лише потім видавати ліцензію на медичну практику;
- створити незалежні організації з акредитації.

Позитивним кроком до удосконалення моделі акредитації лікувально-профілактичних закладів в Україні, може стати процес децентралізації, яким передбачається участь органів місцевого самоврядування в управлінні охороною здоров'я в регіонах.

Подальше вивчення питань щодо особливостей здійснення акредитації закладів охорони здоров'я визначається необхідністю аналізу проблем, що виникають на практиці, аналізі міжнародного досвіду акредитації лікувально-профілактичних закладів.

Література:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // Відомості Верховної Ради України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ.

2. Постанова КМУ від 15.07.1997 р. № 765 «Про затвердження державної акредитації закладів охорони здоров'я».

3. Шпак І. В. Ліцензування медичної практики та акредитація закладів охорони здоров'я як складові управління та контролю якості медичної допомоги / І. В. Шпак // *Главный врач: Специализир. информ. изд.* – 2008. – № 10. – С. 65–75.

4. Акредитація закладів охорони здоров'я як складова державного управління якістю медичної допомоги / С.П. Бутенко // *К.: НАДУ* – 2012. – 5с.

5. Нормативно-правове регулювання та основні етапи акредитації закладів охорони здоров'я в Україні / Н. Ю. Кондратюк // *Україна. Здоров'я нації.* – 2012. – № 1. – С. 75–79.

Лаврик О.О.,

студент 41 групи

ШОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО КЛОНУВАННЯ В УКРАЇНІ

Серед усіх сфер життєдіяльності людини нагального правового регулювання потребують відносини у сфері біоетики, а саме, що стосується захисту та забезпечення біотичних прав, що пов'язані зі створенням тканин людини та органів з її власних клітин шляхом клонування.

Клонування – це метод розмноження статевороздільних істот (тварин та людей), за допомогою якого у безстатевий спосіб можна отримати новий організм, що буде генетично ідентичним до організму, який мається на меті клонувати. У перекладі із грецької «klon» означає паросток рослини, який при висаджуванні у ґрунт може репродукувати рослину, від якої цей паросток відщеплено [1. с. 211].

У залежності від мети створення клону розрізняють клонування, що спрямоване на відтворення людської істоти, яка є генетично ідентична іншій людській істоті (репродуктивне клонування) та клонування для медичних цілей (терапевтичне клонування), метою якого є лікування важкохворих людей за допомогою створення ствольових або зародкових клітин, які потім використовуються для заміщення будь-яких тканин.

Відбуваються численні дискусії щодо необхідності (непотрібності), користі (небезпеки) клонування взагалі і клонування людини зокрема. Більшість учених, лікарів, політиків, філософів, юристів, як в Україні, так і за кордоном схилиються до думки, що клонування як метод вирощування тканин, органів людини, як засіб поліпшення певних властивостей особи – це користь, у той час як клонування людини має бути заборонено, оскільки порушує всі принципи свободи та індивідуальності особистості.

Питання клонування регулюється на регіональному рівні у міжнародному праві, у праві Європейського Союзу і на рівні національного законодавства окремих держав.

Міжнародним актом, що забороняє клонування людини, є Загальна Декларація ООН з геному людини та прав людини 1997 року, яку підписала та ратифікувала Україна. Зокрема стаття 11 чітко забороняє клонування: «Не допускається практика, яка суперечить людській гідності, така, як практика клонування з метою відтворення людської особи» [2].

12 січня 1998 у Парижі було підписано Додатковий протокол про заборону клонування людини до Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину 1996 року, для України він набрав чинності 1 березня 2001 року. Цей протокол за-

бороняє будь-яке втручання з метою створення людської істоти, яка генетично ідентична іншій людській істоті, живій чи мертвій. Під генетичною ідентичністю іншої людської істоти в рамках протоколу розуміють той самий набір генів клітинного ядра.

У праві Європейського Союзу заборона клонування визначена по-іншому. Хартія Європейського Союзу про основні права 2000 року розмежовує репродуктивне і терапевтичне клонування і не забороняє останнє [3].

В Україні питання клонування регламентує у Закон України “Про заборону репродуктивного клонування людини” від 14 грудня 2004 року. Цей нормативний акт розмежовує терапевтичне та репродуктивне клонування та забороняє останнє.

Як бачимо, заборона репродуктивного клонування виправдана, оскільки, по-перше численні протести з боку церкви, науковців та фахівців в галузі медицини, внаслідок чого і була прийнята низка актів на заборону клонування; по-друге, проблеми етичні, здоров'я, психіки, духовним життям, визнання в суспільстві, які можуть виникнути у клона, проблема відносин до клона з дефектом; по-третє, проблеми морально характеру, в якому дитина може стати сестрою своєї матері, братом батька або донькою діда; по-четверте, який правовий, соціальний статус матиме клон у суспільстві, які права потрібно йому надати.

Враховуючи заборону на репродуктивне клонування, усе-таки потрібно шукати шляхи теоретичних напрацювань медико-правового регулювання у напрямі терапевтичного клонування. Неможливо штучними бар'єрами припинити розвиток науки. Рано чи пізно ми зіштовхнемось з необхідністю регулювати ті або інші суспільні відносини, що виникають у зв'язку з новими відкриттями в галузі клонування. Тут необхідно прагнути до реалізації принципу “регламентації заздалегідь”, коли право забезпечує межі, усередині яких розвиваються суспільні відносини, пов'язані з клонуванням [4, с.374].

Фахівці, що досліджують проблеми клонування, підкреслюють необхідність терапевтичного клонування і створення нової величезної галузі сучасної клінічної медицини, яка сприятиме лікуванню невиліковних на сьогодні хвороб. Зокрема Р. Ланза (віце-президент компанії, що оголосила про створення людського ембріону за допомогою клонування), зазначив, що мета компанії – не клонування людини, а створення терапевтичних методів рятування життя людей від хвороб, включаючи діабет, інсульт, рак, СНІД, а академік Ю. Лопухін говорить, що причиною важливого інтересу до проблеми терапевтичного клонування є надія на вирішення проблеми безконфліктної трансплантації клітин і тканин і створення таким чином принципово нового підходу до лікування низки хвороб, що не підлягають лікуванню. По суті, як зазначає вчений, мова йде про створення нової величезної галузі сучасної клінічної медицини [4, с. 375].

Як бачимо, головна перевага терапевтичного клонування те, що воно сприятиме лікуванню невиліковних на сьогодні хвороб. Тільки подумати, що генетичний матеріал людини – це ліки для більшості хвороб. Так, і головним побоюванням терапевтичного клонування є те, що воно може перерости у репродуктивне, але щоб цього не сталося треба: по-перше, запроваджувати терапевтичне клонування поетапно, з урахуванням готовності суспільства, щоб запобігти науковим прорахункам, порушенням етичних і моральних норм; по друге, повинно відбутися прийняття нормативно-правових актів, які б повно врегульовували питання клонування; по-третє, необхідно створити компетентні державні органи (наприклад, етико-

правовий комітет, до складу якого входили незалежні експерти – фахівці у різних галузях), які забезпечували б процес становлення та розвитку клонування шляхом розробки та забезпечення виконання державних програм, проводили аналіз наукового, практичного досвіду зарубіжних країн та враховували думку громадськості.

Внаслідок виконання таких дій ми зможемо говорити про можливість визнання світовою спільнотою необхідності терапевтичного клонування.

Література:

1. Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. – Львів: Медицина і право, 2007. – 352 с.

2. Загальна декларація про геном людини та права людини ООН, ЮНЕСКО; Декларація, Міжнародний документ від 11.11.1997 Верховна Рада України [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Київ : ВРУ, 1994-2015. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> (дата звернення 30.10.2015) – Назва з екрана.

3. Центр суспільно правових досліджень Зленко С.С. В Україні заборонили репродуктивне клонування людини 2007 [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Київ : 2003-2015. – Режим доступу: <http://www.scenter.kiev.ua> (дата звернення 30.03.2015) – Назва з екрана.

4. Стеценко С. Г. Медицинское право. Учебник. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2009. – 572 с.

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

Лебединська М.А.,

студентка 32 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я обумовлює необхідність здійснення аналізу факторів, котрі здатні покращити ситуацію. Серед них, без усякого сумніву, виокремлюється необхідність запровадження обов'язкового медичного страхування, – виду страхування, який має місце у більшості провідних країн Європи. Саме тому ми пов'язуємо очікування позитивних змін у фінансуванні української медицини, у захисті прав лікарів і пацієнтів саме із втіленням у життя страхової медицини [1, с. 286].

Проблема правової характеристики обов'язкового медичного страхування порушувалась у працях таких дослідників, як М.М. Білинська, Н.Б. Болотіна, С.Б. Булеца, Ю.В. Вороненко, Л.М. Дешко, Д.В. Карамішев, Ю.О. Кашинцева, М.М. Малєїна, В.М. Пашков, О.В. Солдатенко, І.М. Солоненко, В.Ю. Стеценко, Р.О. Стефанчук, В.Б. Філатов, Я.М. Шатковський та ін. [2, с. 56]. Разом з тим, питання доцільності його запровадження та вчинення необхідних для цього кроків з боку законодавця залишається відкритим.

На сьогодні Україні відоме лише добровільне медичне страхування, що пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я: відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням; придбанням медикаментів; лікуванням у стаціонарі; отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням; проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо. Проте значного поширення добровільне

медичне страхування на вітчизняному страховому ринку не набуло, що підтверджує статистика, згідно якої частка послуги добровільного медичного страхування у загальному об'ємі страхового ринку складає лише 2,6%, при загальній кількості застрахованих даним видом страхування у 2% від загальної кількості населення, в т.ч. індивідуальних страхувальників – менше 1%. Причинами цього є низька довіра до страхових компаній і високий розмір страхових внесків. Наприклад, вартість найдешевших продуктів економ-класу у страховому полісі становить близько 300 у. о. на людину на рік, за умови, що до нього увійде повний набір потрібних послуг: лікування в стаціонарі, невідкладна допомога, поліклінічне обслуговування і забезпечення медикаментами на всіх етапах лікування [3, с.159].

З огляду на це, законодавцем у Прикінцевих та перехідних положеннях прийнятого Верховною Радою України 28 грудня 2014 року Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» (№ 77-VIII) було встановлено завдання щодо розробки у шестимісячний термін законопроекту про запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, а відповідним дорученням Кабінету Міністрів України його розробку доручено Міністерству охорони здоров'я України. Проект цього закону наразі оприлюднено на офіційному сайті відповідного Міністерства і доступний для його вивчення та обговорення.

Проаналізувавши законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» [4], відмітимо його основні положення. Серед них: 1) встановлено чіткий перелік осіб, що підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню (19 категорій); 2) вказано, що конкретні види медичної допомоги, що фінансуватимуться за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням, визначатимуться окремим законом, що прийматиметься щороку одночасно з прийняттям законів про Державний бюджет України та про визначення розміру страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування; 3) визначено перелік послуг, які не надаватимуться за рахунок загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; 4) розподілені права й обов'язки застрахованої особи та страхувальника, відповідальність усіх сторін.

До видів медичної допомоги, які фінансуватимуться за кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, пропонується віднести наступні: 1) медична допомога у зв'язку з хворобою, індивідуальною профілактикою хвороб, травм, отруєнь та інших розладів здоров'я, запобіганням загостренню хвороби, переходом гострих хвороб або інших розладів здоров'я у хронічну чи більш важку стадію, а також з плануванням сім'ї; 2) медична допомога у зв'язку з вагітністю, пологами та їх наслідками; 3) послуги з видачі в установленому законодавством порядку відповідних медичних документів.

Набуття чинності зазначеним законопроектом заплановано на 1 січня 2017 року. Представники влади пояснюють цей факт необхідністю подальшого реформування системи охорони здоров'я, підготовки відповідних фахівців, планування бюджетних витрат на підготовку для введення відповідної системи тощо. Але громадськість вбачає у цьому невинуватене затягування і небажання запровадження обов'язкового медичного страхування.

Отже, з урахуванням наведеної нами статистики, доходимо висновку, що частка потенційних споживачів медичних страхових послуг значна (95%). Це пов'язано з тим, що добровільна система страхування не виправдала сподівань. Але і для того, щоб зусилля запровадити загальнообов'язкове медичне страхування не були марними варто врахувати не лише фактор часу, але й звернути увагу, в першу чергу, на якість правового регулювання.

Література:

1. Токарев Г.М. Обов'язкове медичне страхування в Україні: соціально-економічні та юридичні умови запровадження / Г.М. Токарев // Публічне право. – 2011. – № 3. – С.286-292.

2. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування як правова категорія: сутність і принципи / В.Ю. Стеценко // Право і суспільство. – 2015. – № 3. – С. 55-60.

3. Стеценко В.Ю. Добровільне медичне страхування як об'єкт правового регулювання / В.Ю. Стеценко // Часопис Київського університету права. – 2009. – № 3. – С. 156-160.

4. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131024_0.html#1

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Левадна В.І.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАГРОЗИ ВІТАЛЬНІЙ БЕЗПЕЦІ В УКРАЇНІ

Гарантування права на охорону здоров'я, а також створення необхідних умов для його реалізації, є одним з головних чинників забезпечення стабільності в суспільстві та правовою основою господарського правопорядку в нашій державі, підтвердженням її здатності до стабільного розвитку та охорони державних інтересів у галузі охорони здоров'я від потенційних загроз.

Вітальна безпека являється невід'ємною частиною національної безпеки України, що покликана забезпечити громадянам України належний рівень охорони здоров'я, медичної допомоги та ліквідації небезпеки, що становить загрозу здоров'ю населення. Вищевикладене обумовлює актуальність обраної тематики дослідження.

Дане питання на сьогодні є мало дослідженим. Серед головних науковців, які займалися його вивченням можна назвати В. Пашкова, А. Степаненка та інших.

Метою вказаної роботи є аналіз основних загроз вітальній безпеці, що на сьогодні існують в нашій державі.

У відповідності до ст. 7 Закону України “Про основи національної безпеки” визначено загрози національній безпеці України та національним інтересам [1], які певною мірою можливо віднести до загроз вітальній безпеці, а систематизувавши їх різні напрями, можливо виокремити окрему сферу – вітальну безпеку.

Вказані загрози існують у різних сферах державної політики: внутрішньополітичній, сфері державної безпеки, економічній, інформаційній тощо.

Проте, з огляду на те, що сфера охорони здоров'я належить, передусім, до соціальної сфери, то і найбільшими загрозами вітальній безпеці є, насамперед, загрози, що існують в соціальній та гуманітарній галузях держави. До них можна відне-

сти наступні: проблеми сфери охорони здоров'я та соціального захисту населення, що має своїм безпосереднім результатом тенденцію до погіршення стану здоров'я громадян, поширення наркоманії, алкоголізму тощо, криза демографічної ситуації в Україні [5, с. 60].

Проте, не варто зменшувати значущість інших загроз. За критерієм небезпечних факторів, виокремлюють загрози епідемічного, екологічного, соціального характеру тощо.

Основними характерними ознаками загроз вітальній безпеці на сьогодні є: низький рівень бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я в Україні, що обумовлює, насамперед, низьку якість та доступність медичних препаратів для населення [6, с. 46–47]. Вказана загроза, у свою чергу, нерозривно пов'язана з такою, як збільшення сектору тіньової економіки у даній галузі, що має своїм наслідком появу та обіг фальсифікованих лікарських засобів, які, з урахуванням відносно невисокої їх вартості та зниження рівня життя населення, а також відсутності чи неефективності важелів державного регулювання, набувають особливого поширення серед населення [7, с. 81].

Крім того, недостатній рівень бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я призводить до неналежного рівня забезпечення медичних закладів новітнім обладнанням, а також має своїм наслідком низьку якість медичної допомоги особам, які її потребують, призводить до недостатнього рівня використання результатів науково-технічного прогресу, продукції інноваційного характеру, та посиленням залежності нашої держави від імпорту продукції у сфері охорони здоров'я.

З огляду на викладене, особливої актуальності набуває питання запровадження в Україні системи медичного страхування, насамперед добровільного.

Правовою підставою для формування в Україні системи добровільного медичного страхування став Закон України «Про страхування». Так, ст. 6 вказаного Закону визначено поняття добровільного страхування та його види [1]. Із законодавчого визначення поняття добровільного страхування можна виокремити основні ознаки саме добровільного медичного страхування, до яких належать: мета – гарантування громадянам (страхувальникам) відшкодування вартості отриманої ними медичної допомоги повністю або частково у разі настання страхового випадку; добровільність; договірний характер; визначення страховиком самостійно загальних правил страхування у відповідності до законодавства [3, с. 266]. Крім того, до характерних рис добровільного медичного страхування можна віднести його комерційний характер та еквівалентну основу його надання, що проявляється в залежності обсягу медичних послуг від розміру страхових внесків.

Виокремлюють такі види добровільного медичного страхування: повне, часткове та страхування витрат лише за одним ризиком. Також, добровільне медичне страхування може бути як індивідуальним, так і колективним (страхування підприємством своїх працівників тощо).

Для запобігання загрозам вітальній безпеці необхідно, перш за все, щоб пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я були права та свободи громадян. Мова йде про необхідність формування відповідних умов для діяльності закладів охорони здоров'я, за яких їм було б вигідно дотримуватися основних прав громадян як у юридичному, так і економічному питаннях. Крім того, важливим є надання медичним установам автономності у здійсненні їх господарської діяльності, що має безпосереднє відношення до господарської компетенції вказаних медичних

закладів [4, с. 24-25]. Також, особливе значення має достатній та ефективний контроль за органами державної виконавчої влади, місцевого самоврядування та установами, що надають медичні послуги.

Таким чином, дослідивши основні загрози вітальній безпеці у нашій державі, необхідно зазначити, що остання повинна забезпечуватися через здійснення чіткої державної політики в сфері охорони здоров'я, дотримуючись ухвалених законодавчих актів та програм. Гарантування вітальної безпеки повинно здійснюватися шляхом своєчасного вжиття заходів, відповідних ступеню існуючих загроз, серед низки яких, на мою думку, основною є низький рівень бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я в Україні.

Література:

1. Закон України “Про страхування”// Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 18. – Ст. 78.
2. Про основи національної безпеки України// Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 39. – Ст. 351.
3. Кісєльов Є. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні// Вісник Національної академії державного управління. – 2014. – №8. – С. 265-272.
4. Пашков В.М. Господарсько-правові аспекти нейтралізації загроз вітальній безпеці// Щотижневик “Аптека”. – 2007. – №602 (31). – С. 24-31.
5. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я. – Автореф. дис. на здоб. наук. ступ. доктора юр. наук. – Х. – 2010. – 142 с.
6. Степаненко А. Досягнення і труднощі переходу системи стандартизації медичних послуг на якісно новий рівень розвитку//Вісник фармакології та фармацевції. – № 3. – 2007. – С. 46-52.
7. Пашков В.М. Вітальна безпека як чинник господарсько-правової політики / В. Пашков // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – №3. – С.81-84.

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

Леженко М.В.,

студент 44 групи

ПЮІ НІУВ ім. Ярослава Мудрого

«ЗА» ТА «ПРОТИ» ПАТЕНТУВАННЯ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ТА МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

У зв'язку із виникненням нових технологій, призначених для діагностики, профілактики та лікування людини і тварин, у тому числі нових приладів, інструментів, та створенням на їх основі нових лікарських засобів, способів терапевтичного та хірургічного лікування людини і тварин, особливо гостро стоїть питання щодо патентування способів лікування та методів діагностики людини. Актуальність даної теми обумовлено тим, що українське законодавство суперечить міжнародними стандартами, що у свою чергу, призводить до неоднозначної точки зору щодо доцільності існування такого виду охорони.

Впровадження в Україні патентування на способи лікування було обумовлено тим, що законодавець закріпив об'єкт винаходу як продукт (пристрій, речовина тощо), процес (спосіб), а також нове застосування відомого продукту чи процесу.

Законодавство України закріплює та визначає обов'язкові умови патентоздатності для винаходу та для корисної моделі. Для того щоб винахід дістав правову

охорону, він має відповідати таким критеріям, як новизна, промислова придатність та винахідницький рівень. Для патентування корисної моделі законодавець встановив відповідність лише двом першим з наведених критеріїв. Але, ставлення країн світового співтовариства до такої позиції є неоднозначним через те, що вона не відповідає такій умові патентоспроможності, як «промислова придатність». Так, провідні вчені у галузі медицини аргументують це тим, що медицина не є промисловою, навіть якщо вона визнається комерційною. У Європейській патентній конвенції чітко вказано, що способи хірургічного та терапевтичного лікування людини або тварини і спосіб лікарської чи ветеринарної діагностики не вважаються промислово застосовними винаходами, а по патентному закону Індії будь-який метод медичного, хірургічного, профілактичного лікування людей взагалі не є винаходом.

Таке неоднозначне застосування патентів на способи лікування, відображено в Угоді з торговельних аспектів прав інтелектуальної власності (ТРИПС). Так, у статті 27 Угоди міститься таке положення: «...Країни-члени можуть виключати патентування діагностичних, терапевтичних та хірургічних методів лікування людей або тварин». Таким чином, кожна країна на свій розсуд може вирішувати питання про надання правової охорони даними винаходам.

Такі науковці як: Греков Є.А та Грекова М.М, зазначають, що негативним є те, що спеціальних обмежень чи заборон щодо патентування способів та методів лікування законодавством України не передбачено, за сучасних умов стає можливим отримання захищеної державою монополії на способи лікування та методи діагностики будь-яких захворювань людини, як-от: спосіб лікування катаракти, спосіб штучної вентиляції легень при мікрохірургічних втручаннях на гортані, спосіб хірургічного лікування абсцесу аорто-лівошлуночкового з'єднання і багато інших. На їх думку, це призведе до того, що можливість застосування більшості способів лікування буде наявна лише у лікувальних закладах, які мають високовартісне спеціалізоване обладнання, а також буде складність у перевірці достовірності заявлених в описі винаходу даних щодо одержаних результатів у ході впровадження винаходу.

Але прихильники патентування зазначають, що конкурентоспроможність своєї продукції на внутрішньому і зовнішньому ринках безпосередньо пов'язана з інноваціями які використовуються в продукції. А для того, щоб захистити ці інновації, необхідний надійний захист прав винахідника або патентовласника, для чого власне і призначене патентне законодавство.

Коли Європейським судом було заборонено патентувати методи, які використовують ембріональні стовбурові клітини, директор інституту Реконструктивної біології при Університеті Бонна (Інститут відновної нейробіології в Університеті Бонна, Німеччина) Олівер Брюстл, зазначив, що це судові рішення негативно позначиться на молодих вчених, оскільки 90% з них почали працювати в області стовбурових клітин для того, щоб створити нові методи лікування хворих.

На нашу думку, сфера охорони здоров'я потребує переосмислення деякими науковцями та провідними спеціалістами медицини поняття того, що життя та здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю і не може перетворюватися у бізнес монополістів. Аналізуючи основні аргументи науковців які виступають за патентування, можна зробити висновок того, що вони керуються лише можливостями отримання прибутку і не враховують того, що не кожна лікарня зможе забезпечити пацієнта необхідним лікуванням.

Література:

1. Кашинцева О. Проблеми визначення право вої природи комерційної таємниці в сфері охорони здоров'я // Теорія і практика інтелектуальної власності. – 2012. – № 4. – С. 41–46.
2. Греков Є.А, Грекова М.М. Право патентування способів лікування та методів діагностики організму людини (Електронний ресурс:) https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fdspace.nulau.edu.ua%2Fbitstream%2F123456789%2F4046%2F1%2FGrekov_114.pdf&name=Grekov_114.pdf&lang=uk&c=562fe7c5338e.
3. Daniel Thomas Проблеми патентоспособности в медицинской технологии. – Berlin, 1999. – 36 с
Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Литвин А.В.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПРОБЛЕМИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ

Перш ніж почати поглинатися в проблематику легалізації евтаназії потрібно визначитися, що саме являє евтаназія. Евтаназія – слово грецького походження, що поєднує в собі два поняття: «танатос» – смерть і «ев» – хороший і в перекладі на українську означає хорошу, легку смерть. Щодо історичного аспекту то вперше термін евтаназія був введений Ф. Беконом котрий досліджував це питання у праці «Прогідність та примноження наук» у 1605 році. В даній праці Бекон під евтаназією розумів зовсім не умертвіння хворого із співчуття, а надання ефективного обезболення, яке позбавило б людину від страждань.

На сьогоднішній день є різні думки щодо евтаназії. Це питання має дуже широкий характер не лише наукового, а й релігійного, морального, правового характеру. В українському законодавстві не міститься чіткого поняття евтаназії, лише норма в Законі України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” де в частині 3 статті 52 сказано, що Медичним працівникам забороняється здійснення еутаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань. В Законі РФ “Основи законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян” стаття 45 міститься норма, що медичному персоналу забороняється здійснювати евтаназію, тобто задоволення прохання хворого про прискорення його смерті будь-якими діями чи засобами, у тому числі припиненням штучних заходів з підтримання життя. Якщо звернутися до міжнародних актів то в Декларації щодо евтаназії від 1987 року евтаназія є актом умисного переривання життя пацієнта, навіть зроблена на прохання самого пацієнта чи на прохання його близьких родичів, є неетичною [1, с. 3].

Отже розібравшись із визначенням і поняттям евтаназії можна перейти до проблематики легалізації окремих видів евтаназії. В теорії розглядають два види евтаназії: пасивна евтаназія і активною евтаназією. С.Г Стеценко класифікує їх як позитивна чи негативна евтаназія або “метод відкладеного шприцу” і “метод напоеного шприцу” [2, с. 306].

Пасивна евтаназія передбачає припинення надання лікування чи допомоги, що прискорює смерть пацієнта. Активна евтаназія передбачає введення пацієнту певних лікарських препаратів, які визивають швидку і безболісну смерть. Окремі науковці вважають, що лише активна евтаназія може бути розцінена як повноцін-

на, тоді коли пасивна евтаназія взагалі не може розглядатись як різновид евтаназії, оскільки за своєю спрямованістю такі дії медичного працівника не мають прямого умислу умертвити невиліковно хвору особу, а лише позбавити її від страждань.

Можна висунути ідею, що в Україні по-суті легалізована пасивна евтаназія, мова йде про статтю 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я де зазначено що, пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування. Це являє собою відповідь на питання чи заборонена евтаназія в Україні? Так заборонена, але є прогалина, а точніше звичайне право людини розпоряджатися своїм життям та здоров'ям як їй заманеться. Але це щодо пасивної евтаназії, щодо активної є чітка заборона законом про яку я зазначав на початку. По-суті в Україні активна евтаназія характеризується як умисне вбивство, тобто умисне протиправне заподіяння смерті людині і відповідно карається відповідно до законодавства.

У даний час підхід до проблеми евтаназії характеризується полярністю думок. Якщо прихильники ототожнюють її з полегшенням хворому його страждань, з "приємною, легкою смертю", то опоненти прямо пов'язують це з убивством. Підвищений інтерес до евтаназії пов'язаний у тому числі й з істотним постарінням населення, що викликає безліч питань соціального, економічного, медичного і правового характеру[2, с. 305].

На мій особистий погляд легалізація в Україні евтаназії є суто негативним явищем. По-перше в Україні не сама якісна освіта в світі і тому медичні працівники не володіють повною базою знань і інколи можуть поставити помилковий діагноз, наприклад під час огляду в неї помилково можуть знайти невиліковну хворобу, хоча насправді вона піддається лікуванню. Також щодо проблематики можна зазначити, що Україна не сама чесна і прозора країна і не даром ми займаємо 142 місце із 175 найбільш корумпованих країн. Легалізація евтаназії може призвести до банально-го зловживання медичними працівниками і це буде по-суті легалізоване вбивство. Також проблемою більш етичного характеру є те, що сама по собі професія лікаря спрямована перш за все на збереження життя і навіть у клятві Гіппократа зазначено – ніколи не приписувати нікому на його прохання смертельного засобу і не підказувати йому способу здійснення подібного задуму. Тут в дію вступають принципи гуманізму і релігійний принцип Бог дав людині життя Бог його і забере. Також проблемою може стати психологічне гальмо в пошуці нових ефективних способів і засобів лікування пацієнтів.

Це проблема далеко не медичного або правового характеру це також проблема релігії, моральності. Навіть тоді коли пацієнт дасть згоду на те, щоб його страждання закінчилися він в останній момент може передумати усвідомлюючи на що він пішов. Також не можна забувати про "чудесні одужання".

Хоча і в багатьох країнах евтаназія легалізована, це такі країни як Нідерланди, Люксембургі, Бельгії, Швейцарії, Японії та деяких штатах Америки наприклад перша спроба евтаназії була саме в штаті Огайо в 1906 році, також діє і активно використовується в штаті Орегон. В 2007 в Україні проводилося соціальне дослідження порталу «Супер Джоб» де 51% українців вважають, що людина має право скористатися допомогою лікарів з метою добровільної смерті. Звичайно кожна людина погодиться, що краще швидка безболісна смерть чим мучатися від болю і все одно померти. Але якщо проаналізувати законодавчий досвід цивілізованих країн світу то ці країни кваліфікують евтаназію як злочин проти життя і прямо забороня-

ють всі види евтаназії[2, с. 309]. На мою думку в Україні зараз дуже багато проблем і проблема евтаназії не є першочерговою через велику кількість проблем в країні як морального характеру так і правового і в легалізації є дуже багато мінусів які можуть сказатися на основному праві людини – праві на життя.

Література:

1. Декларації щодо евтаназії від 1987 року, 39-й Всесвітній медичній асамблеї [Електронний ресурс] // Режим доступу :http://yurincom.com/ru/yuridichnyi_visnyk_ukrainy/overview/?id=4049

2. С.Г Стеценко, В.Ю Стеценко, І.Я Сенюта Медичне право України Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців “Правова єдність”, 2008. – 507 с. [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://westudents.com.ua/knigi/435-medichne-pravo-ukrani-stetsenko-sg.html>

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

Лихошвай С.О.,

студент 44 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ

Відповідно до Конституції України людина, її життя і здоров'я, визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Кожна людина має невід'ємне право на життя. Останнім часом в нашій державі дуже гостро постала проблема евтаназії.

Актуальність даної проблеми полягає в тому, що існує низка питань щодо яких науковці не можуть дійти до однозначного висновку. Одним з таких питань можна виділити: Чи можлива в майбутньому легалізація евтаназії в Україні?

Евтаназію можна визначити як практику припинення (або скорочення) лікарем життя людини, яка страждає невиліковним захворюванням, відчуває нестерпні страждання, на задоволення прохання хворого в безболісній або мінімально болісній формі з метою припинення страждань.

В сучасній літературі виділяють різні види евтаназії. Найпоширенішим є поділ евтаназії на активну і пасивну.

Під активною евтаназією мається на увазі здійснення лікарем дій, свідомо і безпосередньо спрямованих на спричинення смерті пацієнта.

Пасивна евтаназія передбачає бездіяльність оточуючих, відмову від життєпідтримуючого життя лікування, коли воно або припиняється, або взагалі незначається, за виключенням того, що зменшує біль [2, с. 27].

Розбіжності науковців щодо права обирати між життям і смертю розділили світ на два різних табори: представники першого вимагають заборонити евтаназію у будь-яких проявах, а представники іншого, навпаки, хочуть узаконити евтаназію. Більшість країн притримується позиції, що евтаназія є злочином. Однак у деяких країнах право на смерть закріплено на законодавчому рівні.

Що стосується України, то на законодавчому рівні закріплена заборона здійснення евтаназії. Так, відповідно до ст. 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я, медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі хворому, який перебуває в критичному для життя стані. Активні заходи щодо підтримання життя хворого припиняються в тому разі, коли стан людини визначається як незворотна смерть.

Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань [1].

Аргументами за легалізацію евтаназії є: людина має право на життя, а отже і право розпоряджатись ним також їй належить; відмова від евтаназії може розглядатися як застосування до людини тортур, насильства, жорстокого і такого, що принижує гідність, ставлення; безнадійно хвора людина могла б виступити в якості донора органів для пацієнтів, котрим життєво-необхідною є трансплантація.

Аргументи противників евтаназії: життя є благом і воно залишається благом навіть тоді, коли стає переважно суцільним стражданням; евтаназія суперечить клятві Гіппократа, яка спрямована на захист життя і здоров'я людини;

До переліку аргументів проти можна додати ще один, який є специфічним для нашої країни. Україна, станом на 2014р., посідає друге місце в світі за рівнем смертності, а серед країн Європи перше. З огляду на це, а також існування певних соціальних ризиків легалізації евтаназії в нашій країні може призвести до ще більшого погіршення ситуації. Прикладом цього може бути небажання здійснювати медичними працівниками свого обов'язку. Це може проявлятися в різних формах, серед яких: небажання витрачати час і ресурси на догляд за особами, які хворіють невиліковними хворобами або ж вмовляннями схилити цих осіб щодо здійснення евтаназії з метою припинення страждань та ін. У зв'язку зі складною економічною ситуацією в нашій країні, у разі легалізації евтаназії, більшість тяжкохворих громадян можуть обрати здійснення евтаназії замість підтримання життя і витрачання для цього великої суми грошей. Навіть якщо буде існувати шанс на повернення до життя. Іншим прикладом може бути зловживання цим правом близькими родичами з метою отримання спадщини або інших матеріальних благ або ж з метою позбутися тягара.

Більшість українських лікарів вважає, що евтаназію слід застосовувати лише за бажаннями хворого, його родичів та близьких. Виносилися пропозиції щодо застосування евтаназії до хворих, яким більше 70 років, необхідності винесення комісійного рішення, оскільки “кожний випадок евтаназії унікальний” [3].

Оскільки, головною причиною прохання хворого пришвидшити настання смерті є сильний біль, то лікар повинен протистояти цьому за допомогою великого вибору знеболювальних препаратів або завдяки паліативної допомоги, але не евтаназії, оскільки, евтаназія суперечить принципу «доки є життя, є надія» і не враховує можливості помилкового діагнозу лікаря. Застосування евтаназії в цих випадках призводить до незворотних наслідків [4, с. 20].

Щодо альтернатив евтаназії, можна зазначити, що у в останні роки як у світі, так і в Україні почали створюватися хоспіси. Хоспіс – це заклад охорони здоров'я особливого типу, до персоналу яких входять лікарі, кваліфіковані психологи, які допомагають людям пережити останній етап їхнього життя.

На паліативний догляд, в нашій країні, покладено такі функції, як зменшення фізичного та морального болю хворим на невиліковні хвороби.

Таким чином, на сьогодні, в Україні діє заборона на проведення евтаназії. Враховуючи ситуацію в країні, легалізація евтаназії в майбутньому не приведе до жодних позитивних результатів, а навпаки, тільки посилить тенденцію збільшення смертності населення, а також різних спекуляцій з боку медичних працівників, родичів хворих і правоохоронних органів. Водночас, легалізація евтаназії є можливою за умови чіткого закріплення в законодавстві обмеженого переліку медичних пока-

зань для її проведення. Зокрема, коли особа перебуває у комі, хворіє на онкологічні захворювання 4 стадії.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 4. – Ст. 19.

2. Анікіна Г.В. Перспективи легалізації евтаназії в Україні/ Г.В. Анікіна// Форум права. – 2009. – №3. – С. 25-34:

3. Безаров О.Т. Евтаназія в контексті медичної практики (за результатами соціологічного опитування, проведеного в м. Чернівці) / О.Т. Безаров // Буковинський медичний вісник. – 2005. – № 1. – С. 149-154.

4. Домбровська О. Щодо правових аспектів легалізації евтаназії/ О. Домбровська// Право України. – 2008. – №10. – С.19-24.

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

Лук'янова О.В.

студент 46 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

**ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

Сучасна сфера охорони здоров'я в Україні характеризується низьким рівнем бюджетного фінансування та неналежною якістю медичних послуг, що надаються лікувальними установами. У зв'язку з викладеним, все більшого поширення набувають позабюджетні джерела фінансування, серед яких важливе місце посідає добровільне медичне страхування, першочерговою метою якого є гарантування застрахованим особам повної чи часткової компенсації тих затрат, які вона понесла у зв'язку із зверненням до лікувальної установи [1, с. 17].

Дане питання досліджувалося рядом вчених, таких як: О. Виноградова, М. Клімов, О. Козьменко, В. Москаленко та іншими.

Метою даної роботи є аналіз насамперед господарсько-правового аспекту добровільного медичного страхування в Україні.

Перш за все, необхідно зазначити, що існує два види медичного страхування, а саме загальнообов'язкове та добровільне, основною відмінністю яких є, насамперед, добровільно-вольовий характер виникнення відносин страхування, підстави виникнення прав та обов'язків між страховиком та страхувальником та роль держави у даних відносинах [3, с.27].

Правовою підставою для формування в Україні системи добровільного медичного страхування став Закон України «Про страхування». Так, ст. 6 вказаного Закону визначено поняття добровільного страхування та його види. Із законодавчого визначення поняття добровільного страхування можна виокремити основні ознаки саме добровільного медичного страхування, до яких належать: мета – гарантування громадянам (страхувальникам) відшкодування вартості отриманої ними медичної допомоги повністю або частково у разі настання страхового випадку; добровільність; договірний характер; визначення страховиком самостійно загальних правил страхування у відповідності до законодавства. Крім того, до характерних рис добровільного медичного страхування можна віднести його комерційний характер та еквівалентну основу його надання, що проявляється в залежності обсягу медичних послуг від розміру страхових внесків.

Виокремлюють такі види добровільного медичного страхування: повне, часткове та страхування витрат лише за одним ризиком. Також, добровільне медичне страхування може бути як індивідуальним, так і колективним (страхування підприємством своїх працівників тощо). Для прикладу звернемося до судової практики. Так, предметом розгляду Господарського суду м. Києва став позов ДТГО «Південно-Західна залізниця» до ЗАТ «АСК «ІнтерТрансПоліс» про визнання договору №2002/01, предметом якого є добровільне медичне страхування пенсіонерів залізничного транспорту, недійсним, у зв'язку з недотриманням при укладенні даного договору форми згоди застрахованих осіб (пенсіонерів). Проте, Господарський суд м. Києва у своєму рішенні від 12.04.2007 зазначив, що Закон України «Про страхування» не передбачає у якій формі повинна бути викладена згода третіх осіб, в усній чи письмовій (справа № 18/24).

Особливим видом договору добровільного медичного страхування виступає страхування осіб при виїзді за кордон – асистанс [2, с.265].. Прикладом може слугувати рішення Апеляційного суду Одеської області від 17.06.2015 (справа 22-ц/785/4822/15), яким задоволено позовні вимоги страхувальника до страховика, за договором добровільного страхування медичних витрат подорожуючих за кордон, про стягнення суми страхового відшкодування у зв'язку з тим, що позивачка виїхавши до Ізраїлю впала та зламала стегно, через що, її прооперували, а саме, замінили суглоб (здійснили протезування).

Безпосереднім об'єктом добровільного медичного страхування є інтереси майнового характеру сторін договору, а суб'єктами – страхові компанії, страхувальники, застраховані особи, лікувально-профілактичні заклади.

Підставою для виникнення відносин добровільного медичного страхування є договори, укладені між страховиком та застрахованою особою (страхувальником) та, між страховиком і лікувальною установою стосовно надання медичної допомоги.

Обов'язкові умови договору добровільного медичного страхування визначені законодавством. Проте, сторонами можуть бути визначені інші умови договору, такі як медичні програми страхування, які поділяються в залежності від: видів послуг медичного характеру; категорії застрахованих осіб (пацієнтів); переліку лікарських установ, до яких може звертатися застрахована особа тощо.

У разі, якщо певні умови передбачені договором добровільного медичного страхування, вони є обов'язковими для сторін. Так, наприклад, ухвалою Апеляційного суду м. Києва від 14.12.2014 (справа №22-ц/796/13871/2014) страхувальнику відмовлено в задоволенні позовних вимог до страховика про стягнення страхового відшкодування, у зв'язку з тим, що застрахована особа при настанні страхового випадку звернулася за медичною допомогою до медичного закладу, який не визначений медичною програмою страхування та не передбачений у договорі.

Необхідно зазначити, що страхові випадки можуть бути уніфіковані (у разі якщо стан здоров'я не потребує лікування чи консультацій вузькоспеціалізованих фахівців) або спеціалізовані (випадки, коли передбачається надання медичних послуг вузькоспеціалізованих лікарів чи за певних станів організму або у разі настання певних хвороб) [4, с. 103].

У договорі добровільного медичного страхування часто передбачаються випадки, коли страховик може не виконувати взяте на себе зобов'язання (наприклад, травма отримана внаслідок вживання алкоголю).

Таким чином, добровільне медичне страхування, на мою думку, є одним з головних та найефективніших способів подолання тієї кризи, яка на даний час існує в медичній сфері України. Запровадження даного виду медичного страхування сприятиме укріпленню фінансової та матеріально-технічної бази сфери охорони здоров'я, зменшенню витрат на медичні послуги та наданню більш якісних послуг лікувально-профілактичного характеру.

Література:

1. Капшук О. Г. Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / О. Г. Капшук, А. П. Ситник, В. М. Пащенко // Фінансові послуги. – 2012. – № 2. – С. 17-21.

2. Кісельов Є. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні// Вісник Національної академії державного управління. – 2014. – №8. – С. 265-272.

3. Манжосова О. Окремі аспекти добровільного медичного страхування в Україні// Часопис Київського університету права. – 2014. – №6. – С. 27-31.

4. Скороход А. Можливості запровадження добровільного медичного страхування в Україні// Україна. Здоров'я нації. – 2013. – №2 (26). – С. 102-104.

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

Лямченко Я.С.

студент 41 групи

ШОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВПЛИВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ПРАВОПОРЯДКУ НА ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ

На сьогоднішній день низький рівень життя спричинений падінням економічного розвитку призвів до погіршення обсягу технічного забезпечення лікарень і спеціалізованих медичних установ. Результатом соціальної незахищеності та зuboжіння людей стала матеріальна перешкода до доступу кваліфікованої медичної допомоги. Тому для частини пацієнтів останнім шансом на порятунок стають клінічні дослідження, адже це є можливістю отримати інноваційну терапію на безкоштовній основі.

Клінічні дослідження стали невід'ємною частиною розвитку медицини. Вони надають змогу вивчати інформацію щодо організмів та в свою чергу вплив медичних речовин на них. Більше того, це можливість для підвищення кваліфікації лікарів та перейняття сучасного досвіду.

Згідно з даними Департаменту експертизи матеріалів доклінічних та клінічних випробувань Державного експертного центру МОЗ України протягом останніх трьох з половиною років в Україні спостерігається наступна динаміка кількості позитивних висновків Центру щодо проведення клінічних випробувань: 2011 – 250, 2012 р. – 265, 2013 – 233, I півріччя 2014 – 155, в тому числі, міжнародних багаточентрових клінічних випробувань (2011 – 201, 2012 р.– 213, 2013 – 177, I півріччя 2014 – 108) [1].

До сьогодні українське законодавство було досить прогресивним щодо регулювання клінічних досліджень та відповідало міжнародним принципам та директивам ЄС. На даний час значна увага серед провідних юристів зосереджена на змінах в порядку проведення досліджень, які обумовлені прийняттям Європейським Парламентом та Радою Регламенту від 16 квітня 2014 року № 536/2014, який має замінити Директиву 2001/20/ЄС.

Одним із позитивних нововведень в ЄС щодо клінічних досліджень стала публічність їх проведення, яка заключається в тому, що кожен бажаючий зможе зайти на спеціально створений портал, який має запрацювати в 2016 році, та знайти інформацію про проведення не лише останніх досліджень, а й про їх результати, незалежно від їх наслідків. Інформація, що міститиметься носитиме не конфіденційний та не персональний характер, яка не зможе порушити права на нерозголошення лікарської таємниці. В свою чергу це полегшить пошук інноваційних методик лікування.

На жаль, зараз в Україні принцип публічності не працює в повному обсязі, оскільки бажаючі знайти клінічні дослідження зможуть ознайомитися лише з інформацією щодо місць проведення, яку можна переглянути на офіційному сайті Державного експертного центру МОЗ. Так, лише в м. Полтава за III квартал 2015 року було проведено 19 клінічних випробувань в терапевтичному, неврологічному, ревматологічному, ендокринологічному відділення та нефрологічному центрі.

При прийнятті Регламенту була приділена увага захисту прав та безпеки суб'єктів дослідження, надаючи права Комісії здійснювати контроль за дослідженнями, які проводяться як на території Європейського Союзу, так і поза його межами. Враховуючи, що за статистикою наданою Державним Експертним Центром Міністерства охорони здоров'я України, майже 76 % клінічних випробувань є міжнародними багатоконтрольними клінічними дослідженнями, таким чином нововведення в Регламенті нададуть подвійний захист учасникам досліджень як на національному рівні, так і на рівні Європейського Союзу.

На сьогодні близько 30-35 тисяч осіб стають добровольцями в проходженні випробувань, тому важливо, щоб вони отримали повноцінний захист в частині страхування. Так як під час проведення досліджень виникають ризики пов'язані з недостатніми знаннями про фармакокінетику препарату, помилками при оформленні документації (протоколи КД, інформаційні буклети) та інші неавтоматичні недогляди фахівців [2, Ст. 170]. Прикладом XX століття став препарат Талідомід, який передбачалося використовувати як проти судомний засіб, але оскільки він не проявив таких властивостей його почали використовувати як препарат проти астми, мігрені та снодійне. Через пару років до компанії почали надходити листи про периферичний неврит та інші побічні ефекти. Одним із наслідком приймання препарату стало зростання числа вроджених вад у новонароджених і тим фактом, що матері цих дітей приймали талідомід на ранніх термінах вагітності.

У Європейському Союзі існує практика щодо одночасного страхування професійної відповідальності лікарів, громадської відповідальності виробників і контрактних дослідницьких організацій та страхування життя й здоров'я пацієнтів (здорових добровольців), що приймають участь у клінічних дослідженнях [3]. Більше того, для підвищення рівня безпеки в країнах Європейського Союзу відповідальність настає не з моменту заповнення шкоди, а з моменту потенційної небезпеки для пацієнта. На жаль, національне законодавство не передбачає страхування відповідальності дослідників і майже ніколи не включається в договір про страхування учасників КД. Тобто пацієнти або добровольці, що приймають участь у КД, не застраховані від лікарської помилки або недбалості.

Отже, не дивлячись на те, що за остання роки було проведено чимало змін в цю сферу, в українському законодавстві залишилися складові, які необхідно удосконалити відповідно до європейських тенденцій, оскільки дві третіх клінічних дослі-

джен є міжнародними багаточетровими дослідженнями. Саме нововведення на основі Регламенту допоможуть сприяти подальшому проведенню нових клінічних досліджень, адже цього в першу чергу потребують пацієнти, для яких це чи не єдина можливість отримати доступ до інноваційних методів терапії та безкоштовного лікування, від якого часто залежить їх життя.

Література:

1. Інформаційна довідка щодо проведення клінічних випробувань лікарських засобів в Україні.

2. Страхування суб'єктів клінічних досліджень в Україні: сучасний стан та перспективи / А. В. Черкашина, А. А. Котвіцька, М. В. Колочавіна // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4. – С. 169-174.

3. Руднева Е. Страхование клинических исследований – необходимое условие их проведения // Еженедельник Аптека. – 2007. – № 2 (573).

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

Маліченко М.А.,

студент 44 групи

ШОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

НОРМУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ

Згідно із положеннями ст. 50 Конституції України [1, Ст. 141] кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. У ст. 16 Основного Закону зазначається, що забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України є обов'язком держави.

Відповідно до ст.3 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [2, Ст. 546]: найважливішими принципами охорони навколишнього природного середовища є гарантування екологічно безпечного середовища для життя і здоров'я людей та пріоритетність вимог екологічної безпеки, обов'язковість додержання екологічних стандартів, нормативів та лімітів використання природних ресурсів при здійсненні господарської, управлінської та іншої діяльності.

Відносини в галузі охорони атмосферного повітря регулюються державою через прийняття відповідних законів та інших нормативно-правових актів, таких як Закон України «Про охорону атмосферного повітря» [3, Ст. 678], Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища», тощо.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про охорону атмосферного повітря»: охорона атмосферного повітря – це система заходів, пов'язаних із збереженням, поліпшенням та відновленням стану атмосферного повітря, запобіганням та зниженням рівня його забруднення та впливу на нього хімічних сполук, фізичних та біологічних факторів.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про охорону атмосферного повітря»: атмосферне повітря – життєво важливий компонент навколишнього природного середовища, який являє собою природну суміш газів, що знаходиться за межами жилих, виробничих та інших приміщень.

З метою встановлення комплексу обов'язкових норм, правил, вимог до охорони атмосферного повітря від забруднення та забезпечення екологічної безпеки в Україні та відповідно до ст. 4 Закону України «Про охорону атмосферного повітря»

впроваджено стандартизація і нормування в галузі охорони атмосферного повітря [4, с. 167].

Стандарти в галузі охорони атмосферного повітря розробляються, приймаються, схвалюються, переглядаються, змінюються, їх дія припиняється в порядку, передбаченому законодавством. Вони базуються на досягнутих рівнях науково-технічного прогресу й тим самим утворюють єдині вимоги, правила, загальні принципи чи характеристики, які ставляться державою до якості атмосферного повітря, а також до осіб, які здійснюють господарську діяльність (використовують) і охороняють його з метою забезпечення сприятливого його стану. Державні стандарти є обов'язковими для виконання. На їх основі розробляються нормативи в галузі охорони атмосферного повітря [5, с. 114].

Відповідно до ст.5 Закону України «Про охорону атмосферного повітря» в галузі охорони атмосферного повітря встановлюються такі нормативи: – екологічної безпеки атмосферного повітря; – гранично допустимих викидів забруднюючих речовин стаціонарних джерел; – гранично допустимого впливу фізичних та біологічних факторів стаціонарних джерел; – вмісту забруднюючих речовин у відпрацьованих газах та впливу фізичних факторів пересувних джерел; – технологічні нормативи допустимого викиду забруднюючих речовин.

Розглянемо кожен із зазначених нормативів, для кращого розуміння їх сутності та з посиланням на ст.1 зазначеного вище Закону. А саме, нормативи еко-логічної безпеки атмосферного повітря – це група нормативів, дотримання яких запобігає виникненню небезпеки для здоров'я людини та стану навколишнього природного середовища від впливу шкідливих чинників атмосферного повітря.

У свою чергу, норматив вмісту забруднюючої речовини у відпрацьованих газах та впливу фізичних факторів пересувного джерела – це гранично допустима кількість забруднюючої речовини у відпрацьованих газах пересувного джерела, що відводиться в атмосферне повітря.

Відповідно норматив гранично допустимого викиду забруднюючої речовини стаціонарного джерела – це гранично допустимий викид забруднюючої речовини або суміші цих речовин в атмосферне повітря від стаціонарного джерела викиду.

Технологічний норматив допустимого викиду забруднюючої речовини – гранично допустимий викид забруднюючої речовини або суміші цих речовин, який визначається у місці його виходу з устаткування.

Також, норматив якості атмосферного повітря – це критерій якості атмосферного повітря, який відображає гранично допустимий максимальний вміст забруднюючих речовин в атмосферному повітрі і при якому відсутній негативний вплив на здоров'я людини та стан навколишнього природного середовища.

Окрім того, норматив гранично допустимого впливу фізичних та біологічних факторів стаціонарних джерел – норматив, який встановлюється для кожного стаціонарного джерела акустичного, електромагнітного, іонізуючого та інших фізичних і біологічних факторів на рівні, за якого фізичний та біологічний вплив усіх джерел у цьому районі з урахуванням перспектив його розвитку в період терміну дії встановленого нормативу не призведе до перевищення нормативів екологічної безпеки атмосферного повітря (за найбільш суворим нормативом).

Отже, можна констатувати наявність достатньої кількості нормативів, які мають забезпечувати належний рівень безпечності атмосферного повітря. Наведений перелік нормативів у галузі охорони атмосферного повітря не є вичерпним, оскільки

ки в ч. 2 ст. 5 Закону України «Про охорону атмосферного повітря» наголошено, що законодавством можуть встановлюватися й інші нормативи в галузі охорони атмосферного повітря.

З огляду на прийняті Закону України «Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони» (Угода про асоціацію ст.360-366) [6, С. 2021] та Закону України “Про Загально-державну програму адаптації законодавства України до законодавства Євро-пейського Союзу” (розділ 11 Переліку актів законодавства України та *acquis* Європейського Союзу в пріоритетних сферах адаптації до Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу) [7, С. 367] держава має проводити подальшу роботу спрямовану на адаптацію національного законодавства до міжнародних вимог, стандартів та нормативів в сфері охорони атмосферного повітря. У процесі адаптації законодавства необхідно запровадити комплексний підхід та більш детальну регламентацію в нормуванні охорони атмосферного повітря, які мають бути спрямовані на нівелювання негативного впливу на довкілля.

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996р. № 254к/96-ВР // Відом. Верхов. Ради України – 1996. – №30. – Ст. 141
2. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991р. № 1264-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України – 1991. – № 41. – Ст. 546.
3. Про охорону атмосферного повітря: Закон України N 2707-ХІІ від 16.10.1992р. // Відом. Верхов. Ради України – 1992. – № 50. – Ст. 678.
4. Баб'як О. С., Біленчук П. Д., Чирва Ю. О. Екологічне право України: Навчальний посібник. – К.: Атіка, 2000. – 216 с.
5. Екологічне право України: Підручник / За ред. А. П. Гетьмана, М. В. Шульги. – Х.: Право, 2005. – 328 с.
6. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: Закон України від 16.09.2014р. № 1678-VII // Відом. Верхов. Ради України – 2014. – № 40. – Ст. 2021.
7. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України від 18.03.2004 р. № 1629-IV // Відом. Верхов. Ради України – 2004. – № 29. – Ст. 367.

Марсова К.

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Охорона здоров'я має бути пріоритетним напрямком державної політики. Найважливішою ланкою національної системи, яка забезпечує практично всі основні результати її діяльності є заклади охорони здоров'я. Одним із перших авторів, який дав наукове визначення терміна «заклад охорони здоров'я» був О.Маргуліс, який зазначав, що це «заклади, на які покладені функції по безпосередньому наданню населенню лікувально-профілактичної та інших видів медичної і лікарської допомоги, по здійсненню державного санітарного нагляду, судово-медичної

і судово-психіатричної експертизи і які включені в номенклатуру закладів охорони здоров'я».[1,с.284]

У чинному спеціальному законодавстві положення стосовно статусу суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я, мають досить загальний характер і не визначають його особливості, які пов'язані, передусім, з тим, що така діяльність здійснюється у соціальній сфері, а її результати мають безпосередній вплив на здоров'я та життя людини. А тому такий стан законодавства не сприяє врегулюванню відносин, які виникають за участю цих суб'єктів, і, як наслідок, негативно впливає на задоволення потреб громадян у кваліфікованому та високоякісному медичному обслуговуванні, а також на розвиток охорони здоров'я в цілому.

Окремі питання правового статусу суб'єктів у сфері охорони здоров'я розглядали: В. Пашков, З. Гладун О. Жмурко, Р. Майданник Н. Бевеликова, О. Сизонова. Проте, незважаючи на різні підходи визначення правового статусу суб'єктів, які розглядаються, основні результати цих досліджень свідчать про необхідність доопрацювання ще значного кола питань правового статусу суб'єктів у сфері охорони здоров'я.

Правовий статус цих суб'єктів в даний час визначають ряд нормативно-правових актів, які умовно можна розділити на: загальні, що визначають правовий статус юридичних осіб, установ, господарських організацій, фізичних осіб-підприємців, до яких слід віднести, передусім, Цивільний кодекс України, Господарський кодекс України та ін. та спеціальні, серед яких Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закони України «Про лікарські засоби» «Про донорство крові та її компонентів» та ін. При цьому основна увага правовому статусу суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я, міститься лише в Основах Законодавства про охорону здоров'я де закріплюється, що заклад охорони здоров'я гарантується державою.[2,с.134]. Встановлено, що порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості їх діяльності та класифікація можуть бути визначені виключно законом, закріплено положення про обов'язкове проходження закладами охорони здоров'я процедури акредитації у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України; допускається проведення діяльності цими закладами на підставі статуту, що затверджується власником закладу тощо. [3,с.158] Отже, у чинному спеціальному законодавстві положення стосовно статусу суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я, мають досить загальний характер і не визначають його особливості, які пов'язані, передусім, з тим, що така діяльність здійснюється у соціальній сфері, а її результати мають безпосередній вплив на здоров'я та життя людини. А тому такий стан законодавства не сприяє врегулюванню відносин, які виникають за участю цих суб'єктів, і, як наслідок, негативно впливає на задоволення потреб громадян у кваліфікованому та високоякісному медичному обслуговуванні, а також на розвиток охорони здоров'я в цілому.

Останнім часом, було підготовлено декілька законопроектів які присвячені питанню правового статусу закладів охорони здоров'я. Більш детально необхідно розглянути законопроект «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», саме цим законопроектом визначається класифікація, особливості правового статусу, порядок утворення та функціонування закладів охорони здоров'я, особливості управління ними для забезпечення реалізації конституційного права громадян України на своєчасне отримання кваліфікованої та високоякісної медичної допомоги. Так, Асоціація міст України, в цілому підтримуючи необхідність ухвалення

такого законопроекту, звертає увагу на його недоліки і пропонує доопрацювати такі важливі питання як: визначення основних положень закладів охорони здоров'я; порядок створення, реорганізації, ліквідації закладів охорони здоров'я; вимоги щодо створення закладів охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях, залежно від кількості населення, існуючої мережі закладів, особливостей регіону тощо; порядок призначення, звільнення керівників закладів охорони здоров'я; основні вимоги до керівника закладу; основні засади фінансування закладів; можливість запровадження договірного обслуговування населення; основні засади діяльності приватних закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я.[4,с.11]

На нашу думку, законодавство яким регулюється дане питання є недосконалим та потребує доопрацювання. Для вирішення проблем правового статусу закладів охорони здоров'я необхідно прийняти спеціалізований нормативно-правовий акт який би чітко визначив основні поняття, зокрема, «лікарня», «бюджетна установа у сфері охорони здоров'я», «державне унітарне підприємство у сфері охорони здоров'я», «комунальне унітарне підприємство у сфері охорони здоров'я», які широко застосовуються у законодавстві, що надасть можливість з'ясувати їх співвідношення між собою.

Література:

1. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – С. 284–294.
2. Майданник Р. А. Державні і комунальні заклади охорони здоров'я в Україні: визначення організаційно-правової форми, їх реорганізація // Медичне право України: матеріали 3 Всеукраїнської науково-практичної конференції / Упор. к. ю. н. І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко. – Л.: ЛЮБФ «Медицина і право», 2009. – С. 136–144.
3. Жмурко О. Система закладів охорони здоров'я в Україні: проблеми правого регулювання // Вісник Львівського університету. Серія юрид. – 2011. – Вип. 52. – С. 158–165.
4. Бевеликова Н. М. О правовом статусе публичных медицинских учреждений // Медицинское право. – 2008. – № 2. – С. 11–18.

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

Масько В.Ю.

студент 43 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ

Серед раніше широко відомих цивільно – правових відносин у діючому Цивільному кодексі України з'явилися і такі, які суттєво відрізняються від типових договірних. До таких належить раніше невідомий вітчизняній договірній системі договір про надання медичних послуг. Цей специфічний аспект договірних відносин ще вкрай недостатньо розглянуто в українській науковій літературі. Навіть незважаючи на те, що останнім часом з'явилися відповідні наукові праці та публікації, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми, слід визнати, що дослідження цього цікавого правового явища не може бути оцінене як задовільне. Серед науковців вже активно розвиваються спори з цього приводу, та робляться дослідження, що мають наслідком видання наукових статей та публікацій. До таких авторів належать З. Гладун, В. Пашков, А. Немченко, О. Смотров, С. Стеценко, А. Тихомирова та інші.

Медична діяльність все більше набуває договірною характеру, залишаючи лише окремі питання поза межами цивілістики. Беручи за константу підхід

В.В. Луця, який вважає, що саме зміст визначає сутність договору, розкриває питання, про що ця угода, яким є предмет договору, на яких умовах він укладений, які цивільні права та обов'язки виникають, змінюються або припиняються не викликає сумніву необхідність аналізу змісту договору про надання медичних послуг як малодослідженого феномену. Договір у сфері медичної діяльності належить до роду договорів з надання послуг. На прикладі цього і розглянемо основну характеристику договору про надання медичних послуг.

З урахуванням певної специфіки медичної діяльності договір про надання медичних послуг має наступні правові характеристики: 1) консенсуальність; договір про надання медичних послуг є консенсуальним, оскільки досягнення між сторонами згоди по всіх істотних умовах є свідченням укладання договору; 2) двосторонність; договір є двостороннім, оскільки праву замовника на своєчасне та належне отримання медичної послуги кореспондує обов'язок виконавця надати послугу належним чином; у свою чергу, праву замовника на оплату наданих послуг відповідає обов'язок замовника відшкодувати усі витрати, пов'язані з наданням медичної послуги; 3) платність; обов'язок замовника оплатити послугу вказує на платний характер договору; 4) ризиковість; даний договір можна віднести до групи так званих ризикових договорів, оскільки існує професійний ризик при наданні медичних послуг, зумовлених особливістю об'єкта, на який спрямовано діяльність – організму людини та, особливою метою – відновлення та підтримання здоров'я людини [3].

Предмет як істотна умова будь-якого договору визначає характер договору і вид блага, що здобуває кожна зі сторін у договорі. Предмет договору надання медичних послуг є найбільш суперечливим моментом даного виду договору, оскільки його складає послуга, а відповідно законодавство України не містить чіткого визначення поняття «медична послуга».

Як встановлює І.В. Венедиктова, загалом, медична послуга – це система дій, спрямована на організм людини з метою відновлення, підтримання найбільш оптимальних для організму показників або профілактики можливих захворювань. Її ознаками є: соціальна сфера застосування; як правило, публічний характер надання; фінансові гарантії забезпеченості. Вважається, що медична послуга складається із складових її дій медичного характеру (допомоги). Медична допомога є змістом медичної послуги [1, с. 40].

Отже, виходячи зі сказаного, предметом договору про надання медичних послуг можна визнати обов'язок виконавця надавати пацієнту медичні послуги, які повинні відповідати вимогам, закріпленим для методів діагностики, профілактики та лікування, які дозволені на території України. У той же час замовник зобов'язується своєчасно сплачувати вартість наданих послуг, якщо вони надаються платно, а також виконувати вимоги виконавця, необхідні для якісного надання медичних послуг, включаючи надання необхідної для цього інформації.

Також, проблемного питання викликає встановлення сторін договору. Виходячи з норм чинного законодавства сторонами договору про надання послуг завжди виступають замовник та виконавець, проте, на відміну від інших договорів у сфері надання послуг, сторонами досліджуваного договору можуть виступати лише спеціальні суб'єкти. В науковій доктрині та медичній практиці існує усталений підхід, за яким замовником медичних послуг як стороною договору завжди виступає пацієнт.

Звісно, найчастіше замовником медичної послуги є саме пацієнт, під яким розуміється особа, що звернулася за наданням профілактичної, діагностичної, лікувальної або реабілітаційно-відновної допомоги до закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності чи лікаря приватної практики, незалежно від стану здоров'я, отримує чи раніше отримала таку допомогу або добровільно погодилась на проведення медико – біологічного експерименту. Але, суперечливість викликає той факт, що інші фізичні, а в окремих випадках і юридичні особи можуть виступати замовником у сфері медичних послуг, оскільки в Україні діє інститут представництва. Аналіз літератури з цієї проблематики дозволяє виокремити два види замовника медичної послуги – фізичної особи: 1) коли замовник і пацієнт поєднані в одній особі (з 18 або з 14 років, за відсутності заперечень з боку законних представників); 2) коли замовником виступає законний представник, а пацієнтом – представлена особа. Особливо актуальним розмежування понять замовника та пацієнта стає, коли договір укладає юридична особа на користь свого працівника, що стає пацієнтом. За таких умов, замовником медичної послуг виступає юридична особа, яка уклала договір на користь третьої особи [2, с. 124 – 125].

Ураховуючи зазначене, можна дійти висновку, що сторонами договору про надання медичних послуг виступають виконавець (заклад охорони здоров'я будь-якої форми власності або лікар приватної практики, які мають право на діяльність у сфері надання медичних послуг) та замовник (фізична або юридична особа), який може набувати або не набувати статусу пацієнта.

Отже, зважаючи на результати дослідження, можна дійти висновку, що договір про надання медичних послуг, як відносно новий вид цивільно – правового договору, має свої недоліки, які необхідно виправити, шляхом закріплення даного виду договору у законодавстві із зазначенням його змісту, оскільки зміст договору про надання медичних послуг відображається сутністю закріплених у ньому умов та характеризує його як окремих та специфічний договір у системі договорів України.

Література:

1. Кізлова О.С. Договір про надання медичних послуг як цивільно – правовий договір / О.С. Кізлова // Право і суспільство. – 2014р. – №2. – с.39 – 44
2. Савченко В. О. Особливості змісту договору про надання медичних послуг / В.О. Савченко // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2013р. – № 14. – с. 123 – 127
3. Сириков Н.В. Договор оказания медицинских услуг [Електронний ресурс] /Н.В. Сириков / Библиотека Смоленского гуманитарного университета. – Режим доступу: <http://library.shu.ru/pdf/sirik05.pdf>
4. Форманюк В.І., Рибак І. Договір як підстава надання медичних послуг / В.І. Форманюк., І.Рибак // Актуальні проблеми держави і права. – 2005 р. – № 4. – с.253 – 257

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

Мельничук А.Ю.

студент 44 групи

ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВА ОХОРОНА ВОД

Одним із основних природних ресурсів країни, який сприяє життєзабезпеченню населення, від кількості та якості якого залежать умови існування теперішніх і майбутніх поколінь є вода. Так як розвиток науки і техніки не стоять на місці, люди отримують можливість впливати на хід природних процесів, опановувати всі доступні відновні та невідновні природні ресурси, що в результаті призводить до забруднення та руйнування довкілля.

Розширення мережі транспортних коридорів, розвиток сучасних засобів судноплавства і рибальства та збільшення їх інтенсивності призводять до різкого загострення екологічних проблем, які пов'язані з використанням та охороною вод [5, с.183]. Відповідно до абз.1 п. 8 Основних напрямів державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки в Україні [4, Ст. 248]: порушення норм якості води досягло рівнів, які ведуть до деградації водних екосистем, зниження продуктивності водойм. Значна частина населення України використовує для своїх життєвих потреб недоброякісну воду, що загрожує здоров'ю нації. У абз. 11 роз. 1 Закону України «Про Основні засади (стратегії) державної екологічної політики України на період до 2020 року» [3, Ст.1284] зазначається, що за даними ЮНЕСКО за рівнем раціонального використання вод та її якістю Україна посідає 95 місце серед 122 країн світу.

Проблеми охорони вод стали ключовими у дослідження різних науковців, а саме: В.І. Гордєєва, В.О. Джуган, А.К. Соколової, І.В. Труфан, М.К. Черкашиної та ін.

Під правовою охороною вод, як зазначається на загальнотеоретичному рівні, розуміється сукупність правових, організаційних, технологічних, економічних, наукових і соціальних заходів, які спрямовані на попередження та усунення забруднення, засмічення та виснаження вод у водних об'єктах з метою оптимального задоволення потреб населення та галузей економіки у воді нормативної якості [2].

На думку А.К. Соколової під правовою охороною вод варто розуміти закріплену на законодавчому рівні систему державних і громадських заходів, які спрямовані на запобігання забруднення, вичерпання та організацію раціонального використання вод для задоволення потреб народного господарства і забезпечення матеріальних, екологічних, культурно-оздоровчих потреб населення [6, с. 210].

Охорона вод регламентується ст. 95 Водного кодексу України [1, Ст.189], відповідно до положень якої усі води (водні об'єкти) підлягають охороні від забруднення, засмічення, вичерпання та інших дій, які можуть погіршити умови водопостачання, завдавати шкоди здоров'ю людей, спричинити зменшення рибних запасів та інших об'єктів водного промислу, погіршення умов існування диких тварин, зниження родючості земель та інші несприятливі явища внаслідок зміни фізичних і хімічних властивостей вод, зниження їх здатності до природного очищення, порушення гідрологічного і гідрогеологічного режиму вод.

Розділом IV Водного кодексу України закріплено систему заходів щодо охорони вод, яка включає в себе: особливий порядок надання у користування земель водного фонду (ст. 85), створення водоохоронних зон (ст. 87), прибережних захисних смуг (ст. 88), смуг відведення (ст. 91), берегових смуг (ст. 92), зон санітарної охорони (ст.93).

Також для охорони водних об'єктів у Водному кодексі України зазначені деякі заборонні приписи, а саме: заборона введення в дію підприємств, споруд та інших об'єктів, що можуть впливати на стан води (ст. 98); заборона скидання у водні об'єкти відходів і сміття (ст. 99); заборона підприємствам і громадянам забруднювати, засмічувати поверхні водозаборів, льодового покриву водою, а також морів, їх заток, лиманів виробничими, побутовими та іншими відходами, сміттям, нафтовими, хімічними та іншими забруднюючими речовинами (ст.100) та ін.

Основним негативним наслідком впливу людини на стан вод є їх забруднення. Потреба в охороні вод виникає не тільки у внаслідок їхнього використання, але й в результаті господарської експлуатації джерел їх забруднення, що розташовані на певній території. Слід погодитися із думкою Черкашиної М.К., яка стверджує, що вирішення проблеми охорони вод від надходження до водних об'єктів забруднюючих речовин пов'язано з необхідністю, по-перше, чіткої регламентації експлуатації господарських об'єктів, які здійснюють негативний вплив на води, по-друге, можливість виявлення джерел забруднення вод та притягнення до юридичної відповідальності винних у порушенні водного законодавства осіб [7, с. 90].

На сьогодні залишається невирішеним питання вдосконалення сучасних засобів виявлення джерел забруднення та джерел надходження забруднюючих речовин у поверхневі води, що зумовлює потребу у розробці підходів, які сприятимуть встановленню фактів несанкціонованих скидів зворотних вод і забруднюючих речовин у поверхневі водні об'єкти відповідними органами державної виконавчої влади.

Підсумовуючи вищезазначене, можна прийти до висновку, що права охорона вод включає в себе систему правових, організаційних, технологічних, економічних, наукових і соціальних заходів, які встановлені законодавством і впливають на поведінку суб'єктів відповідних правовідносин.

Література:

1. Водний кодекс України від 6 червня 1995 року № 213/95-ВР // Відом. Верхов. Ради України. – 1995. – № 24. – Ст. 189.
2. Габуда А. Раціональне використання та охорона водних ресурсів [Електронний ресурс] / А. Габуда, Ю. Й. Ятчишин – Режим доступу до ресурсу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/29145/1/06-9-11.pdf>.
3. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: закон України від 21 грудня 2010 року № 2818-VI // Відом. Верхов. Ради України. – 2011. – №26. – Ст.1284.
4. Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 1998 року N 188/98-ВР // Відом. Верхов. Ради України. – 1998. – № 38. – Ст. 248.
5. Правове регулювання відносин в сфері довкілля в Європейському союзі та в Україні / [В. В. Дідик, О. Г. Акментина, О. М. Чугасенко та ін.]; за ред. В.В.Дідика. – Київ: Державний департамент з питань адаптації законодавства, 2007. – 579 с.
6. Соколова, А. К. Правове регулювання використання та охорони вод / А. К. Соколова // Екологічне право України: підручник для студентів юрид. вищ. закладів / А. П. Гетьман, М. В. Шульга, В. К. Попов [та ін.]; за ред. А. П. Гетьмана, М. В. Шульги. – Х.: Право, 2005. – С. 196-214

7. Черкашина М. К. Правові проблеми скиду стічних вод у поверхневій водні об'єкти / М. К. Черкашина // Науковий вісник Чернівецького університету. – 2009. – Випуск 518. – С. 90-94.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Миколайчик Т.І.

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Для перспективного розвитку господарської діяльності у сфері охорони здоров'я є забезпечення належної державної підтримки даної сфери. Аналіз здійснення цієї діяльності, а саме: відсутність спрощеної дозвоільної системи у даному напрямку, ненадання пільгових кредитів та податкових пільг на державному та регіональному рівнях – засвідчує відсутність реальної підтримки охорони здоров'я.

Метою даної роботи є обґрунтування методів, що стосуються вдосконалення заходів, які полягають в правовому забезпеченні охорони здоров'я.

Даною проблематикою займалися такі науковці: В.Д.Волков, В.М.Пашков, З.С.Гладун, Л.І.Куш, М.М.Шутов, С.Г. Стеценко, та ін.

На законодавчому рівні передбачаються правові основи поставленої перед нами проблеми. Так, загальні положення пріоритетних напрямків розвитку господарювання, що стосуються охорони здоров'я наведено в ст.16 Господарського кодексу України від 16.01.2003р. Де закріплено, що держава може надавати дотації суб'єктам господарювання: на підтримку виробництва життєво важливих продуктів харчування, на виробництво життєво важливих лікарських препаратів та засобів реабілітації інвалідів, на імпорتنі закупівлі окремих товарів, послуги транспорту, що забезпечують соціально важливі перевезення, а також суб'єктам господарювання, що опинилися у критичній соціально-економічній або екологічній ситуації, з метою фінансування капітальних вкладень на рівні, необхідному для підтримання їх діяльності, на цілі технічного розвитку, що дають значний економічний ефект, а також в інших випадках, передбачених законом. Особливі положення підтримки наведено в Законі України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996р., відповідно ст.3 якого державна політика у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямовується на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості та в необхідному асортименті шляхом ведення Державного реєстру лікарських засобів України із забезпеченням публічного доступу до нього осіб, здійснення відповідних загальнодержавних програм, пріоритетного фінансування, надання пільгових кредитів, встановлення податкових пільг тощо.

На нашу думку, вищенаведене реально мало змогу б в повній мірі реалізувати державну підтримку розвитку охорони здоров'я, якщо мали наступне закріплення в законодавстві. Однак, правове закріплення даних заходів підтримки простежено тільки певною мірою. Такий захід, наприклад, наведений у ст.21закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992р., де заклади охорони здоров'я, особи, які здійснюють підприємницьку діяльність в сфері охорони здоров'я, а також суб'єкти господарювання, що виробляють продукцію, необхідну для забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, користуються подат-

ковими та іншими пільгами, передбаченими законодавством. Печений О., вважає, що такий підхід обмеженого надання податкових пільг суб'єктам господарювання у даній сфері має певні вади, що було в майбутньому підтверджено безпосередньо в практичній діяльності цих суб'єктів [1, с. 5-6]. Дане твердження підтримав у роботі «Державне управління охороною здоров'я» Гладун З.С. Вищенаведене потребує уточнення порядку впровадження даного заходу державної підтримки [2, с.65].

Слід звернути увагу, що завеликі податки у сфері охорони здоров'я перешкоджають нормальному розвитку господарювання, не підтримують приватну ініціативу і підіймають ціни. Ми вважаємо, що податкова політика з боку держави у даній галузі економіки має більшою мірою ефективно розв'язувати проблеми цілеспрямованого вдосконалення.

Доречно звернути увагу на запровадження податкових пільг на регіональному рівні. Так в Законі України від 21.05.1997р. «Про місцеве самоврядування» наведено повноваження органів місцевого самоврядування з наступних питань: запровадження на їх території місцевих податків і зборів; визначено розміри їх ставок; встановлено строки перерахунку податкових сум до бюджету; надання пільг платникам податків. Тому дані органи мають достатні повноваження для запровадження нормальних умов діяльності у даній сфері через встановлення податкових пільг (зменшення ставок податку на рекламу тощо).

На нашу думку, податкові пільги можуть запроваджуватися на державному і регіональному рівнях після належного доопрацювання податкового та спеціального законодавства.

Отже, зазначивши в законодавстві обговорені нами засоби державної підтримки в даній галузі, запровадить достатній рівень розвитку господарської діяльності у сфері охорони здоров'я і буде належним чином відповідати закріпленому в конституції права на медичну допомогу. Аналізуючи статтю 16 Господарського кодексу, що стосується підстав і порядку застосування засобів державної підтримки суб'єктів господарювання, що можуть застосуватися тільки законом, слід дане положення закріпити в «Основах законодавства України про охорону здоров'я».

Література:

1. Печений О. НДС на лекарственные средства: фармация как зеркало национальной бюджетной лихорадки / О. Печений // Провизор. – 2002. – №24. – с.5-6
2. Гладун З.С. Державне управління охороною здоров'я / З.С. Гладун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – с. 1-141

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

Моргулець В.А.

студент 36 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПРОТИДІЇ МОБІНГУ В ТРУДОВИХ ПРАВОВІДНОСИНАХ

Як показує практика, в середньому людина віддає роботі 8 годин на добу (а це 33 % свого часу протягом дня). Якщо те, чим займаєшся з дня у день щоб заробити гроші, не приносить задоволення, то фактично йде мова про витрачений безцінний час. Тривалість життя середньостатистичного українця становить 69,5 років, з них на восьмигодинний робочий день п'ять днів на тиждень ми загалом витрачаємо 6 років 10 місяців та 2 тижні життя.

Працювати доводиться всім, дехто вимушений робити це для того щоб мати змогу існувати і годувати родину, у інших є можливість дозволити собі більше для задоволення власних потреб. На жаль, не кожна людина може похвалитися тим, що вона йде на роботу з задоволенням. Поміж особистих, суб'єктивних причин невдоволення робочим місцем, на сьогодні все більшого поширення знаходить зовнішнє «ввинищення» у робочому колективі. В зарубіжній літературі це явище йменується «мобінгом» (від англ. mob–натовп) – це триваюче цькування співробітника на робочому місці, яке завдає шкоди його репутації в колективі, руйнує цілісність його особистості і порушує право на працю. Вперше цей термін був вжитий доктором Ханцом Лейманом в 1980-х роках для позначення дій пов'язаних з чиненням тиску, застосуванням насильства і залякуванням на робочому місці. Людей, які застосовують мобінг, Лейман визначає як тих, які прагнуть до тотального контролю, боягузливих, нервових і спраглих до влади.

Проблема мобінгу в трудових відносинах набуває все більшого поширення. На підтвердження цього газета «Тиждень» у 2013 році визначила що в Україні майже 46 % опитуваним довелося перебувати в ролі жертви мобінгу, майже стільки ж спостерігали таке явище в колективі де працювали. Зізналися у безпосередній участі на стороні агресора тільки 9 % респондентів, і ці показники щороку збільшуються. А отже наразі існує нагальна проблема в законодавчому врегулюванні захисту працівників від «терору» на робочому місці.

Судячи з численними закордонними публікаціями, саме це підступне явище найчастіше провокує звільнення працівників з роботи, судові процеси, неврози, суїциди і матеріальні втрати, обчислювані в мільярдах. На робочому місці від нього потерпають чоловіки і жінки, досвідчені професіонали і молоді працівники. Мобінг процвітає як у державних установах, так і в приватних фірмах. Проте на відміну від України, більшість провідних зарубіжних країн знайомі з цим явищем та всілякими засобами намагаються боротися з ним.

Найчастіше причинами таких форм переслідувань є недоліки, пов'язані з організацією трудового процесу чи внутрішньою системою поінформованості колективу, невдале керівництво робочим процесом, непомірні навантаження роботою або її недостатність. Можливо, на робоче місце, зайняте «жертвою», претендують інші працівник, або політика міжперсонального спілкування, обрана керівництвом, не відповідає критеріям здорового колективу. Причиною мобінгу може бути і неадекватний тип поведінки керівника щодо найманих працівників. Природно, що часом причину мобінгу треба шукати у поведінці окремих членів колективу. Але і в цьому випадку майже завжди присутні незадовільні умови праці, через що окремі працівники під тиском страху та невпевненості у завтрашньому дні не знаходять інших рішень їхньому глибокому незадоволенню, як тільки діяти так, щоб провокувати та принижувати колег.

Часті інновації, реструктуризації, інші зміни в колективі призводять до страху втратити робоче місце, тому в деякого прокидається інстинкт самозбереження, і людина починає топити свого ближнього, щоб самій залишитися на плаву.

З огляду на вищесказане, перш за все слід звернути увагу саме на те, що у більшості випадків джерело цієї проблеми та відповідальність за неї повинна покладатися на плечі саме роботодавця, який, в свою чергу має діяти в правовому полі та спиратися на нормативні приписи. Тому при врегулюванні цієї проблеми слід звернути увагу на те, що, по-перше роботодавці повинні більше уваги приді-

ляти колективу, обставовці в ньому, оскільки від останнього, як не дивно, напряму залежить успішність підприємства; по-друге, керівник чи відповідальна особа, повинна проводити бесіди які дали б змогу працівникам повною мірою осмислити цю проблему та зрозуміти як її уникати; по-третє, розробити політику трудового процесу, створити умови на робочих місцях, які гарантуватимуть позитивний соціально-психологічний клімат; по-третє, враховуючи те, працівникові, котрий зазнав переслідувань, потрібно якнайшвидше надати підтримку. Слід звернути увагу на зарубіжний досвід з приводу цього питання – на протигагу існуючих закордоном центрів допомоги жертвам мобінгу можливо залучити на підприємство лікаря чи психолога для проведення індивідуальних бесід як з потерпілим, так і з працівниками, втягнутими в конфлікт. Всі ці питання повинні передбачатися Правилами внутрішнього трудового розпорядку.

В чинному законодавстві ця проблема на жаль не врегульована. Позитивним аспектом в питанні врегулювання цього питання є Проект Закону «Про забезпечення захисту від морального переслідування на робочому місці» № 4997 від 03.06.2014 року визначає поняття моральних переслідувань на робочому місці, як дії чи бездіяльність з боку роботодавця та/або працівника (групи працівників), спрямовані проти працівника (групи працівників), що характеризуються створенням ворожої, принизливої або образливої робочої обстановки та метою або наслідком яких є порушення права на повагу до трудової честі та гідності, створення загрози професійній кар'єрі або стану здоров'я. Також законопроект передбачає механізм захисту та відповідальність за ці діяння.

Отже, підсумовуючи вищесказане необхідно ще раз наголосити на тому, що проблема мобінгу на робочому місці існує, вона неодмінно потребує законодавчого врегулювання та визначення шляхів виявлення його проявів та боротьби з ними.

Науковий керівник: к.ю.н., доц. Грекова М.М.

Мусяло А.В.

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ КЛОНУВАННЯ

Під клонуванням людини у Законі України «Про заборону репродуктивного клонування людини», що був прийнятий у 2004 році, розуміється створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини. Цей нормативний акт вводить заборону репродуктивного клонування людини в Україні виходячи з принципів поваги до людини, визнання цінності особистості, необхідності захисту прав і свобод людини та враховуючи недостатнє дослідження біологічних і соціальних наслідків клонування людини, а також заборону ввезення на територію України та вивезення з неї клонованих ембріонів людини. Також він покликаний захистити суспільство від негативних наслідків проведення репродуктивного клонування, підвищує біологічну безпеку України. На мою думку, є правильним закріплення на законодавчому рівні заборони репродуктивного клонування.

Обґрунтувати своє негативне ставлення до процесу клонування можливо надаючи такі аргументи:

перше, що спадає на думку – це релігійне табу на будь-яку спробувідтворення собі подібних неприродними методами. Уразі появи клона виникає безліч проблем,

пов'язаних із його статусом у суспільстві, а також взагалі можливості вважати його людиною. Тому виходячи з цього, клонування можна вважати порушенням людської гідності, індивідуальності та унікальності, цей процес є аморальним і неетичним явищем;

по-друге, клонування скоротило б генетичну різноманітність, внаслідок чого люди стали б більш вразливими до епідемій чи інших інфекційних хвороб;

по-третє, клонування буде здійснюватися в деяких випадках з метою трансплантації органів клона. Не можна заперечувати той факт, що мільйонери будуть навмисно себе клонувати, щоб трансплантувати органи, і тим самим продовжуватиме своє життя шляхом позбавлення життя свого клона, який повинен був би мати відповідно до закону рівні права і свободи з людиною;

по-четверте, низький рівень технологій може призвести при проведенні клонування людини до мутації або до тяжких наслідків, а інколи і до смерті.

Небезпечним було б і розповсюдження клонування історичних лідерів чи злочинців світового масштабу, що створило б загрозу безпеки усього суспільства.

Процес клонування є антиправовим, тому що порушується фактично право на життя, тобто створення нового життя шляхом убивства, так як однією з умов створення клона є необхідність вилучення стоволових клітин з живого ембріону, а тому доведеться відповідно вбити шляхом вилучення його із лона матері.

Цей перелік заперечень визнання процесу клонування є невичерпним і робити висновки лише базуючись на цьому не можна. Проблема визнання клонування є досить глибокою та складною, що потребує більш детального вивчення та аналізу з боку як науковців, так і практиків.

Також цікавим є те, що у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визнається право кожної дієздатної жінки на штучне запліднення та імплантацію ембріона, що у свою чергу передбачає використання репродуктивних технологій. Але не зважаючи на це, штучне запліднення має більше переваг ніж клонування, а також є більш безпечним процесом. Штучне запліднення – це застосування різних медично-технічних методів задля запліднення яйцеклітини спермою і зачаття людського життя без статевого акту між чоловіком та жінкою. Цей процес є більш дослідженим, який може гарантувати настання позитивних результатів. На відміну від клонування, при штучному заплідненні виникає саме новий організм, який навпаки розширює генетичну різноманітність, наділяється індивідуальністю та унікальністю, внаслідок чого можна говорити про визначення його правового статусу рівному людині.

Таким чином, проблема клонування людини викликає неоднозначну оцінку. З одного боку це є привабливим як з наукової, так і з практичної точки зору. З іншого боку це є негативним явищем. На нашу думку, в Україні не слід дозволяти репродуктивне клонування і закріплювати його на законодавчому рівні, оскільки цей процес є досить проблематичним і тягне за собою безліч негативних наслідків. Без високо-розвинутої технології та високих гарантій безпечності клонування не знайде свого визнання і закріплення в Україні.

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

*Нікітюк А.Г.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ ПОВОДЖЕННЯ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ

Поводження з медичними відходами відрізняється від поводження з твердими побутовими відходами та відходами виробництва, оскільки один з основних принципів поводження з побутовими відходами – зменшення їх кількості, що в більшості випадків неможливо для медичних відходів через специфіку медичної діяльності або небезпечність їх переробки чи повторного використання. Як зазначає В.В. Мясоєдов, не може бути також рекомендовано і повторне використання медичних відходів адже деякі відходи можуть бути заражені особливо небезпечними речовинами, які не знешкоджуються при переробці [1, с. 78].

Даною темою займалися ряд науковців таких як: Н.В.Щербань, В.В. Мясоєдов, Н.А. Сидоренко, Т.Н. Дмуховська, К.А. Кривоноз, Павленко М., Павловський Є., Мочалов Ю., Проць Н., Мельниченко В.О.

Проблема медичних відходів у всіх країнах світу постійно загострюється, будучи актуальною невирішеною проблемою екології та охорони здоров'я. Епідеміологічна та екологічна безпека медичних відходів заражених хвороботворними мікроорганізмами лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) неухильно зростає. З виникненням нових, особливо небезпечних захворювань таких як СНІД, гепатит безпека набуває шокуючих розмірів [1, с.78].

Так, Павленко В.М., у своїй роботі зазначає, що офіційний облік відходів лікувально-профілактичних установ (далі – ЛПУ) в Україні відсутній. Тим не менш, за даними, опублікованими на сайті української асоціації «Міжнародний екологічний союз», щорічно наші ЛПУ виготовляють їх в кількості більше 1 млн. тонн. Біологічно активне сміття у кращому випадку персонал лікарень, поліклінік і диспансерів без будь-якого знезараження відправляє на передміські полігони або сміттєспалювальні заводи (цей факт відкрито визнає Міністерство екології та природних ресурсів). А нерідко гори використаних шприців, закривавлених рукавичок, бинтів і катетерів опиняються в дворових контейнерах для побутового сміття [2, с.33]. Тому нагально потрібно ввести такий офіційний облік, що сприятиме систематизації даних про їх кількість для спрощення процедури їх утилізації та знезараження.

Лева частка медичних відходів епідемічно небезпечна, але це тільки частина проблеми. Про це говорить Станкевич В., завідувач лабораторії гігієни ґрунту і відходів Інституту гігієни та медичної екології. Не менш небезпечні прострочені або невикористані лікарські засоби, якщо вони не утилізовані належним чином. Це, по-перше, цитостатики – протипухлинні препарати, які при попаданні в навколишнє середовище несуть серйозну загрозу. А по-друге, антибіотики, до впливу яких мікрофлора природного середовища «звикає», стаючи невразливою для цих препаратів [2, с.33].

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щороку проводиться 16 мільярдів ін'єкцій, проте далеко не всі голки та шприци утилізуються як слід. Павловський Є. на основі даних власного дослідження зазначає, що у високорозвинених країнах ведеться облік скільки утворюється в середньому небезпечних відходів на лікарняне ліжко за день, в них ця цифра доходить до 0,5 кг, в інших медзакладах – до 0,2 кг, але в останніх медичні відходи часто не сортуються на небезпечні й безпечні, що призводить до значного збільшення кількості небезпечних

відходів [3, с.72]. Для прикладу виходячи з аналізу дослідження Павловського Є. вітчизняних ЛПУ взагалі не має підрахунку кількості відходів на одне ліжко чи особу та їх сортування.

В Україні порядок поводження з відходами медичних закладів, регулюється такими нормативно-правовими актами: – Закони України: «Про забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення», «Про відходи», «Про наукову і науково-технічну експертизу», «Про лікарські засоби», «Про охорону навколишнього природного середовища»; – постанова Кабінету Міністрів України: «Про затвердження переліку видів діяльності та об'єктів, що становлять підвищену екологічну безпеку» від 28 серпня 2013 р. № 808.

Проте основні нормативні акти в цій сфері, такі як, Закон України «Про основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» від 21 грудня 2010 року N 2818-VI та Національний план дій з охорони навколишнього природного середовища на 2011-2015 рр., затверджений Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25 травня 2011 р. № 577-р, не містять конкретної інформації стосовно проблем поводження з медичними відходами. Наприклад, у Стратегії у роз. 3 «Стратегічні цілі та завдання» вказано, що необхідно визначити обсяг утворення медичних відходів та до 2015 року, створити систему безпечного поводження з ними. Яким чином це має бути реалізовано, в Стратегії не зазначено. План містить лише один пункт, який стосується медичних відходів. У п. 119 зазначено, що до 2015 року повинна бути розроблена і впроваджена система поводження з медичними відходами. Що ж стосується реалізації положень плану, то визначені заходи на практиці не виконуються в повному обсязі.

Проць Н. вказує у своїй роботі, що на жаль, на даний момент медичні відходи в Україні вивозять на звалища та полігони ТПВ та на сміттєспалювальні заводи, а це може привести до ризику поширення туберкульозу, зараження дорослих і дітей вірусами гепатит В і С, мікроорганізмами різних хвороб, іншими вірусними інфекціями та зараження природного середовища [4, с.109]. Також цим автором відмічається, що всі види медичних відходів вивозяться без застосування попереднього знезараження та сортування.

Природоохоронне законодавство України передбачає, що поводження з відходами має відбуватись в межах тих норм, які передбачені у дозвільних матеріалах. Оформлення заяв та проектів лімітів на утворення та розміщення небезпечних відходів повинно здійснюватись відповідно до вимог Постанови Кабінету Міністрів України від 03.08.1998 № 1218 «Про затвердження Порядку розроблення, затвердження і перегляду лімітів на утворення та розміщення відходів» [5, с. 78]. Але на практиці одержання лімітів на утворення та розміщення відходів – дуже складна процедура. Потрібно виробити понад десяток довідок, за кожен з яких потрібно додатково платити.

Питання поводження з медичними відходами актуальне в усьому світі, в Україні поки що не налагоджено ні порядку збирання та знезараження медичних відходів, ні циклу знешкодження відходів медзакладів, не встановлено чіткої регламентації дій відповідальних посадових осіб. Розроблені проекти уряду щодо поводження та знешкодження відходів не функціонують. Тому нагальною є потреба упорядкування та прийняття ряду нормативних документів прийняття яких дозволить усунути нормативну неврегульованість питань поводження з медичними відходами, що вкрай необхідне для збереження нашого здоров'я та екології.

Література:

1. Щербань Н.В., Мясоєдов В.В., Сидоренко Н.А., Дмуховська Т.Н., Кривонос К.А., Системи управління медичними відходами // *Екологія и промисленность*. – 2009. – 3. – С.78-80.
2. Павленко М., Медицинские отходы в Украине: как утилизировать? // *Екологія плюс*. – 2013. – №5. – С.33-34.
3. Павловський Є. Особливості поводження з медичними відходами // *Екологія підприємства*. – 2015. – №4. – С. 72-79.
4. Проць Н., Медичні відходи: небезпека чатує на нас // *Екологія. Право. Людина*. – 2013. – 19/20. – С.103-116.
5. Мельниченко В.О. Сучасний стан проблеми медичних відходів / В.О. Мельниченко // *Екологія, довкілля та безпека життєдіяльності*. – 2008. – №1. – С.76-81.

Нога П.П.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІНСТИТУТУ ЕКОЛОГІЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Становлення дієвого інституту екологічного страхування є об'єктивною необхідністю на сьогодні. Це обумовлюється тим, що підприємства більшості галузей господарства несуть потенційну небезпеку для навколишнього природного середовища та людини (тобто можна говорити про так звану «презумпцію екологічної небезпеки» в плані прогнозованої підприємницької діяльності). Також на тлі євроінтеграційних процесів існує потреба приведення у відповідність національне законодавство.

Доцільність запровадження та проведення екологічного страхування обґрунтували такі вчені як: В.Я. Шевчук, Ю.М. Саталкін, В.М. Навроцький, І.А. Дубовіч, Х.Р. Василюшин, М.І. Бублик та ін. Однак, поняття, мета, підстави виникнення цих правовідносин не визначені в достатній мірі. Така недостатня вивченість цих аспектів зумовлює актуальність запропонованої наукової роботи.

Для забезпечення права передбаченого ст. 50 Конституції України та попередження і ліквідації наслідків екологічних аварій, катастроф та стихійних лих використовується інститут екологічного страхування, характерною рисою якого є можливість компенсації втрат, пов'язаних з надзвичайними непередбачуваними подіями [1, с. 246].

Щодо правового регулювання, то на сьогодні існує велика кількість законів та підзаконних нормативно-правових актів, які містять еколого-страхові норми. Однак, вони не повною мірою відображають специфіку відносин у галузі охорони навколишнього природного середовища та соціальну спрямованість екологічного страхування, яке не може зводитись лише до окремого виду підприємницької діяльності [1, с. 249].

Звичайно, екологічне страхування має багато спільного з традиційним страхуванням, але за деякими характерними елементами (мета, функції, об'єкти, суб'єкти страхування, страхові ризики, страхові випадки, порядок встановлення розміру шкоди, що підлягає відшкодуванню) відрізняється від останнього [1, с. 247]. Такий висновок можна зробити шляхом аналізу положень законодавства та доктринальних джерел. Наприклад, суб'єктами виступають фізичні та юридичні особи, які є

власниками екологічно небезпечних джерел, або здійснюють екологічно небезпечну діяльність (перелік видів діяльності, об'єктів та зазначення суб'єктів затверджено постановою КМУ від 28.08.2013р. № 808), а заподіяння шкоди, як слушно акцентує увагу Паламарчук В., може бути виявлено як одразу, у випадку аварійного забруднення, так і через значний проміжок часу (латентний період) [2, с. 36], тощо.

Продовжуючи аналіз ст. ст. 979, 980, 999 ЦКУ та ст. ст. 5, 6, 7 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96–ВР, можна визначити, що страхування буває добровільним та обов'язковим (державним). Пашнева В.А. класифікує його за об'єктами на: 1) страхування відповідальності за аварійне забруднення довкілля; 2) майнове страхування збитків (завданих аварійним забрудненням довкілля); 3) особисте страхування життя і здоров'я людей на випадок аварійного забруднення довкілля [3, с. 741].

Обов'язкові види екологічного страхування, прямо передбачаються законодавчими актами різної юридичної сили (законам, постановами) і є обов'язковою умовою при здійсненні певних видів діяльності. Сюди відносяться: 1) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, якої може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки (постанова КМУ від 16.11.2002р. № 1788); 2) страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію небезпечних відходів (під час транскордонного перевезення та утилізації небезпечних відходів) (постанова КМУ від 19.08.2002р. № 1219); 3) страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час перевезення таких вантажів (постанова КМУ від 01.06.2002р. № 733); 4) страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, якої може бути заподіяно внаслідок ядерного інциденту (ч. 2 ст. 7 Закон України «Про цивільну відповідальність за ядерну шкоду та її фінансове забезпечення» від 13.12.2001р. № 2893-III); 5) страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу (ст. 7 Закон України «Про страхування»); 6) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, якої може бути заподіяно довкіллю або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів (ст. 7 Закон України «Про страхування»).

Отже, обов'язковому страхуванню підлягають лише певні найнебезпечніші види діяльності, в той час як переважна більшість відносин залишаються поза увагою. З урахуванням цього, було б доречно створити пільгові умови для розвитку добровільного страхування та всіляко його заохочувати. Також прийняття єдиного уніфікованого акту (закону «Про екологічне страхування») необхідність прийняття якого вказується в Конвенції Ради Європи 1993 року «Про цивільну відповідальність за шкоду заподіяну небезпечною для довкілля діяльністю» та в «Основних засадах державної екологічної політики України на період до 2020 року» від 21.12.2010 № 2818-VI) надало б змогу регулювати відносини у сфері обов'язкового екологічного страхування не на підзаконному рівні, численними постановами Кабінету Міністрів України, а на законодавчому, консолідує всі чинні на цей момент норми, що складають досліджуваний інститут. Дивлячись на особливості природо-кліматичних умов, роль і місце агропромислового комплексу в Україні, необхідним, є прийняття актів «Про обов'язкове страхування від повеней», «Про обов'язкове страхування від метеорологічних небезпечних явищ».

Отже, екологічне страхування в Україні розвивається надто повільно і не може здійснюватися в межах існуючого страхового поля. Це зумовлено рядом законодавчо невирішених питань. Зокрема, відсутністю спеціалізованої нормативної бази, яка б визначила поняття екологічне страхування, його правові форми та механізми. Відсутністю пільгових умов та заохочень для розвитку добровільного майнового і особистого (у випадку втрати працездатності, смерті, життя у зоні встановленого рівня забруднення) страхування.

Література:

1. Бурик Н.О. Правове регулювання екологічного страхування: недоліки та шляхи їх подолання / Н.О. Бурик // Всеукраїнський науково-виробничий журнал «Інноваційна економіка». – 2013. – № 1 (39). – С. 246-249.
2. Паламарчук В. Екологічне страхування / В. Паламарчук // Економіка. Фінанси. Право. – 2001. – № 9. – С. 36-38.
3. Пашнева В.А. Об'єкт екологічних страхових правовідносин / В.А. Пашнева // Форум право. – 2012. – № 1. – С. 741-745.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Noga P.P.

4th year student, group 41

Poltava Law Institute

**LEGAL REGULATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES
TRANSPLANTATION: COMPARATIVE ANALYSIS**

There is a system of living donation and post-mortal donation in Ukraine.

As for living donation, there are restrictions on the subject (only one pair of organs or a body part or other anatomical material can be taken as homotransplantat from live donor) and a number of people (a donor can only be a husband or wife, father, mother, son, daughter grandfather, grandmother, grandson, nephew, brother, sister, uncle, aunt, nephew or niece).

In general, the living donation system from genetically relate people is as follows it is allowed to remove generative organs and tissue only blood and its components, reproductive cells, bone marrow from genetically unrelated. Commercialization is prohibit in people transplantation (except bone marrow transplant). It is binding to have 1) voluntary consent of a donor 2) medical report.

Because of these limitations 90% of organ and tissue transplantations are made from dead people.

Ukraine has a disagreement presumption on the posthumous donation (fetal materials), which means that – every adult capable person may give a written agreement or disagreement to donate anatomical materials in case of his or her death. In the absence of such a statement, anatomical materials of a deceased adult capable person can be taken with the consent of spouses or relatives who lived with him or her before death.

Although such a system is applied in developed countries such as the USA, UK, Netherlands, Germany, Japan, experts blamed it on low rates of transplants.

The legal model of agreement presumption provides that if a person did not inform about his or her disagreement to transplant their organs during his or her lifetime, it is considered that after death his or her organs can be used as donors materials, moreover consent of relatives is not required. Such a model is provided legislation of Russia, Spain, Finland, Belgium, France, Norway and Austria. There are a lot of methods of disagreement

or agreement fixation, but notation in a driving license or registration certificate are most popular. In Poland, Portugal and France registers of persons who do not wish to be donors are maintain.

For transplantation of anatomical material healthcare institutions (both public and private) are required to obtain a license. Violation of legislation on transplantation leads to criminal liability.

Activities related to transplantation are financed by state budget of Ukraine as well as local budgets. Furthermore, additional funding may be made from funds allocated to the measures provided by relevant programs, funds from sale of new technologies and methods, other research products for manufactured bioimplantancy, reagents, apparatus and equipment used in medical practice, as well as by voluntary contributions from businesses and individuals, and other donations that are not prohibited by the legislation. Commercialization is prohibited internationally.

According to the World Health Organization most postmortem donors are people who died in a road accident or in a result of a crime.

If we look at the statistics we can see that there is no significant effect of the disagreement or agreement presumption on the number of donors for transplantation.

It is worth noting that there is no absolute agreement presumption in any country (without a right to refusal). Such a model existed in the Soviet Union. Although there is some exception of forced transplantation. In the case *Slim Kentucky v. Slim* (1969) the US Court of Appeals allowed a forced transplantation of a kidney from a person mentally ill to his brother at the request of mother, explaining the fact that loss of his brother will harm him mentally much more than loss of a kidney.

In China in 1984 the law fixed forced removal of organs from executed prisoners, but under pressure from the European Community, the Chinese Government undertook to cease such operations until 2015 (when deficits overcome). In 2007, its were closed borders for “transplant tourism” for foreigners, until that time China was one of the largest transplantation service providers for foreigners.

In Singapore, those people who do not object removal of his or her organs after death, it is provided a priority in receiving donor kidneys if it is necessary.

Donor's family members receive 50% discount on treatment in public hospitals within 5 years after removal of organs from a body of their deceased relative. It should be noted that in Singapore adopted a law on transplantation of human organs, which was approved a legal model of agreement presumption is in force exclusively for non-Muslim population.

In fact there are more than two models of fetal material removal. However, despite a model applied in a state, there is huge deficit of healthy donor organs, which can not be overcome. According to Amy Friedman, a professor of surgery at Yale University Medical Faculty, it is a main cause of black transplantation development generats as it demand for transplant organs to save lives and it is rapidly outstripping supply.

Black transplantation becomes a problem for countries where there is warfare such as Iraq, Syria, Palestine. Now Ukraine are involved in a military conflict. Press service of the Antiterrorist Operation in Ukraine reports that fetal materials removed from dead soldiers are carried out through uncontrolled borders zones. It is impossible to control actions of separatists from the DNR and LNR.

Such a thing as black transplantation is characteristic of all the countries without exception. In third world countries, there is a generally higher level, due to low social

protection of the population. Internationally, this problem is paid a lot of attention but despite this is not possible to solve it yet. Research have shown that a more liberal market leads to a decrease in cases of black transplant. So the European Commission presented a “Action Plan on Organ Donation and Transplantation (2009 – 2015): Strengthened Cooperation between Members States that lays down main priority actions grouped under three challenges increase organ availability, enhancing the efficiency and accessibility of transplantation systems and improving quality and safety [1, p. 7].

So choosing a model of presumption agreement or disagreement to Ukraine, we conclude that 1) the Ukrainian society is not ready for introduction of agreement presumption due to psychological, ethical, religious reasons; 2) to improve the situation of a with organ availability it is proposed to leave the old system, but provide significant benefits to individuals who have agreed to be a donor; 3) it is necessary to establish effective departmental and non-departmental control, provided market liberalization; 4) inevitability of punishment for violation the law.

Literature:

1. Commission working document on the mid-term review of the “Action Plan on Organ Donation and Transplantation (2009-2015):

Strengthened Cooperation between Member States” Brussels, 25.04.2014

Supervisor: A.O. Olefir assistant of the department of civil, economic and environmental law

Носенко В.В.

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Проблема повноцінного нормативно-правового закріплення та практичної реалізації екологічного страхування не є новою адже вона вже була так чи інакше піднятою у Законі України «Про охорону навколишнього природного середовища» (ст. 49) [2, Ст. 546], де хоч і поверхово, однак зазначається, що екологічне страхування має визначатися законодавством України, також в Законі України «Про відходи» (ст.14) [4, Ст. 242] про те, що громадяни України, іноземці та особи без громадянства у сфері поводження з відходами мають право на екологічне страхування, яке визначається законодавством України, та з поміткою у Проекті Закону України «Про екологічне страхування» від 21.05.2002 р. (реєстраційний № 1046) [5] тощо.

Також, певної сучасної актуальності дана тема набуває у зв'язку з тим, що на основі положень чинного Закону України «Про основні засади державної екологічної політики України на період до 2020 року» (ч. 1 абз.10 Цілі 3. Досягнення безпечного для здоров'я людини стану навколишнього природного середовища) [3, Ст.218], одним із завдань держави у сфері реформування екологічного права та забезпечення безпечного для здоров'я людини стану навколишнього природного середовища за цим законом є розвиток нормативно-правової бази з екологічного страхування, що ґрунтуватиметься на визначенні питань щодо шкоди, яка може бути заподіяна здоров'ю населення до кінця поточного року, що дає змогу зробити висновок, що тема екологічного страхування є й досі відкритою оскільки ніяких реальних досягнень та розробок з цього питання й досі немає.

Тому, варто констатувати, що запровадження екологічного страхування виявляється новим з огляду на існуючу міжнародну практику в нашій країні. Воно має бути ефективним способом реалізації громадян своїх прав на екологічну безпеку, що має забезпечуватись і підтримуватись державою цілком і повністю в чому й полягає на сьогоднішній день актуальність даного дослідження.

Перш за все, варто зазначити, що з проведеного соціально-економічного дослідження, щодо бажання населення запровадити екологічне страхування в Україні, випливає, що більша частина опитаних громадян України (опитано 215 респондентів, віком від 18-70 років, зокрема 65 % жінок та 35 % чоловіків) готові страхувати життя, здоров'я і майно від екологічних ризиків [9, с. 174], що підводить нас до висновку про те, що нагальність даної проблеми зумовлена не лише організаційними та нормативно-правовими проблемами з запровадження екологічного страхування, а й суспільно-соціальними проблемами з даного питання.

Варто зауважити, що екологічний стан, наприклад Вінницької області, як і України в цілому, досить складний через зростання певного антропогенного навантаження. На території лише однієї Вінницької області зареєстровано понад 700 потенційно небезпечних об'єктів, близько 200 нафтотрейдерів та 300 операторів зрідженого газу, 73 підприємства хімічної промисловості, майже 160 підприємств гірничорудної та нерудної промисловості [7, с.5].

Досвід провідних зарубіжних країн показує, що екологічне страхування є ефективним засобом для захисту громадянами своїх екологічних прав з огляду, навіть, на цілком зрозуміле та комплексне визначення самого поняття. Наприклад, у США під екологічним страхуванням розуміють вимогу до фінансової стійкості й платоспроможності компанії, яке гарантує наявність коштів на відшкодування витрат, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища. Іншим прикладом досвіду страхування відповідальності за забруднення навколишнього середовища виступає Швеція, де чинне законодавство зобов'язує будь-яку компанію, яка теоретично може викликати забруднення землі, придбати спеціальне страхове покриття. Це забезпечує покриття екологічних збитків, якщо неможливо знайти спричинювача шкоди, якщо винуватець шкоди банкрут або якщо до нього неможливо висунути претензію у зв'язку із закінченням строку позовної давності (10 років) [6, с.71]. Тому, з огляду на вище наведені переваги, варто вести мову про те, що досвід з запровадження екологічного страхування на прикладі США та Швеції, може виявитись корисним і для запровадження в Україні.

Варто зазначити, що наразі є низка міжнародних конвенцій, протоколів та угод щодо сфери екологічного страхування, які є ратифікованими, однак й досі повністю не реалізованими та імplementованими в законодавство України. Це і Конвенція про цивільну відповідальність за ядерну шкоду, прийнята у Відні 1963 року, і Міжнародна конвенція про створення Міжнародного фонду для компенсації шкоди від забруднення нафтою, прийнята у Брюсселі 1971 року, також це Протокол про відповідальність і компенсацію за шкоду, завдану внаслідок транскордонного перевезення небезпечних відходів та їх видалення від 1999 року та інші угоди, які регулюють міжнародні відносини у цій сфері [10, с.263].

Основна проблема для України на думку Пашневої В.А. пов'язана з тим, що наразі неможливо однозначно визначитися з видом екологічного страхування, що повинно стати обов'язковим в Україні. Адже кожний вид екологічного страхування має свою специфіку, свої об'єкти й предмети страхування, суб'єктів страхування,

страхові випадки й т.д., зазначає науковець. І ніяким чином не можуть в одному виді страхування бути застраховані й природні ресурси, що мають вартість, як майно, і збитки держави, і природні об'єкти й компоненти природного середовища, які вартості не мають, і витрати на лікування, відповідальність тощо [8, с. 229].

Підсумовуючи, варто констатувати, що питання екологічного страхування все ще є відкритим та потребує свого необхідного та повноцінного нормативно-правового закріплення у вигляді окремого спеціального закону який би комплексно та ефективно вирішив усі проблеми, які виникають сьогодні з приводу даної проблеми адже відповідно до ст. 50 Конституції України [1, Ст. 141]: «кожен громадянин України має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та відшкодування завданої порушенням цього права шкоди».

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – №30. – Ст.141.

2. Про охорону навколишнього природного середовища: закон України від 25.06.1991 р. 1264-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 41. – Ст. 546.

3. Про основні засади державної екологічної політики України на період до 2020 року: закон України від 21.12.2010 р. № 2818-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2011. – №26. – Ст. 218.

4. Про відходи: закон України від 5.03.1998 р. № 187/98 // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – №36-37. – Ст. 242.

5. Про екологічне страхування: проект закону України від 21.05.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=1046&skl=5

6. Якимчук С. Екологічне страхування: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні // Схід. – 2013. – № 3. – С. 70-74.

7. Шмигельська О. Екологічне страхування захищає природу, підприємства та людей // Вінницька газета. – 2015. – № 69. – С. 5.

8. Пашнева В.А. Обов'язкове екологічне страхування: проблеми сучасного законодавства // Європейські перспективи. – 2012. – № 2 (1). – С. 228-231.

9. Дубовіч І.А., Васишин Х.Р., Куцька Ю.І. Соціально-аналіз ринку екологічного страхування в Україні // Науковий вісник НЛТУ України. – 2014. – Вип. 24.10. – С. 174-180.

10. Дубовіч І.А., Васишин Х.Р. Теоретико-методичні та практичні засади реалізації міжнародного екологічного страхування // Науковий вісник НЛТУ України. – 2015. – Вип. 25.1. – С. 261-265.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Носенко В.В.

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ ЯК УМОВА ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Однією з найпоширеніших підстав виникнення правовідносин з наданням медичних послуг є договір, що укладається за загальними правилами, визначеними главою 63 ЦК України. Так, за договором про надання медичних послуг одна сторона (медична організація, лікар) зобов'язується надати, а інша сторона (пацієнт) прийняти та оплатити платні послуги, спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнта, відповідно до умов договору. Серед науковців, що звертались до дослідження та з'ясування правової природи цього договору, варто виділити Смотрову О.І., Васильєву О.Є., Сироткіну А.О., Зайцеву Н.В., Жамкову О.Є., Ломакіну І.Г., Нагорну С.В., Шевчука С.С., Тихомирова О.В., Майданника Р.А. та ін. Проте, недостатньо опрацьованим залишається питання визначення змісту такої умови договору про надання медичних послуг як якості.

З огляду на неабияку актуальність використання терміну «якість медичних послуг», існує велика кількість розумінь цього поняття. Та перш ніж перейти до їх розгляду, варто визначити, що являє собою медична послуга як особливий за своїм родом вид послуг. Так, медична послуга – це сукупність необхідних, достатніх, сумлінних дій професійних дій медичного працівника (виконавець послуги), спрямованих на задоволення потреб пацієнта (замовника послуги) [4, с.259].

Категорія «якість медичної послуги» визначається міжнародною спільнотою, а саме Всесвітньою організацією охорони здоров'я як сукупність характеристик, які підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки та технології. Для надання якісної медичної послуги варто взяти до уваги наступні фактори: кваліфікацію спеціалістів, оптимальність використання ресурсів, ризик для пацієнтів, задоволеність пацієнта від взаємодії з медичною підсистемою[2, с.136].

Інший підхід розуміння «якості» випливає з нормативних положень, розроблених Міністерством охорони здоров'я України і належить до групи офіційно-юридичних підходів. Відповідно до Порядку контролю якості медичної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 28.09.2012 р., якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги до стандартів у сфері охорони здоров'я. Згідно з наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» до переліку показників якості надання медичної допомоги належать: доступність медичної допомоги, економічність медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, наступність медичної допомоги, науково-технічний рівень медичної допомоги, рівень дотримання технологічності медичної допомоги, рівень якості диспансеризації, рівень якості діагностики, рівень якості лікування, рівень якості обстеження, рівень якості профілактики, рівень якості реабілітації, ступінь задоволення пацієнта отриманою медичною допомогою. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р., що схвалена наказом МОЗ України від 01.08.2011 р. ; №454., визначає основні способи

розв'язання проблеми в сфері підвищення якості медичних послуг, зокрема створення ефективної системи стандартизації медичних послуг [1, с.122].

І нарешті, вузьке розуміння «якості», що постає перед сторонами при укладенні договору про надання медичної послуги – властивість взаємодії лікаря та пацієнта, яка обумовлена кваліфікацією професіонала, тобто спроможністю лікаря знижувати ризик прогресування захворювання та появи нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою. Науковці звертають увагу на два аспекти якості медичної послуги: технічний та особистий. При цьому технічна якість – це ефективність діагностики та лікування, особиста – це те, як процес надання медичної послуги сприймається пацієнтом. Оскільки кінцевий результат лікування залежить від ставлення самого хворого до процесу медичної допомоги, довіри лікарю, впевненості, психічної рівноваги [3, с.186].

Таким чином, за договором про надання медичної послуги, на лікаря покладається обов'язок надати медичну послугу належної якості, а на пацієнта – кореспондуюче право вимагати виконання цього обов'язку. А це значить, що останній може використовувати положення Закону України «Про захист прав споживачів» для обґрунтування своїх претензій та вимог до лікувального закладу.

Ожже, якісною медичною послугою за договором про надання медичних послуг вважається та, що відповідає досягненням сучасної науки та передової практики, позитивно впливає на здоров'я пацієнта та задовольняє його потреби.

Література:

1. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Реформа системи охорони здоров'я України // Військ, медицина України. – 2001. – № 2. – Т. 1. – С. 121-126.
2. Орда О., Долот В., Радиш Я. Державне управління системою забезпечення населення України стаціонарною медичною допомогою: генезис, стан та перспективи розвитку // Вісн. НАДУ – 2004. – № 4. – С135 – 144.
3. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М.Пonomаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с
4. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія / Передм. і заг. ред. проф. Н.Р.Нижник. – К.: Вид-воУАДУ,2001.-360с.

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

*Озмитель О.В.,
студент 24 групи*

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ

Право на життя – фундаментальне природне право людини. Останнім часом в контексті права на життя привертає увагу вчених проблема евтаназії (з грец. «легка смерть») – припинення чи скорочення життя людини під лікарським наглядом з метою позбавлення її від болю і страждань. У 2015 році спостерігається тенденція узаконення «права на гідну смерть» в різних країнах світу. Це призводить до гострих дискусій і суперечок з приводу антигуманності і неетичності процедури, неможливості державного контролю, стримування прогресу в медицині, тиску на фізично обмежених людей, проблеми узаконення вбивства і самогубства тощо.

Різні форми евтаназії в Європі офіційно дозволені в Нідерландах, Бельгії, Люксембургу, Голландії, Швейцарії.

У США в п'яти штатах незаборонена евтаназія. Останнім право на смерть легалізував штат Каліфорнія: у 2015 році губернатор підписав закон, який дозволив лікарям виписувати невиліковно хворим людям препарати для безболісної смерті.

У лютому 2015 року Верховний Суд Канади визнав положення Кримінального кодексу про покарання за евтаназію таким, що порушує канадську Хартію прав і свобод. Медичне сприяння вирішено надавати лише дорослим, які ясно виразили волю піти з життя, страждають від тяжких невиліковних захворювань і постійно відчувають нестерпні страждання. Рішення суду набере чинності через 12 місяців.

У березні 2015 року Франція прийняла закон, за яким лікарі отримали повноваження вводити невиліковно хворих пацієнтів у стан глибокого сну до самої смерті. Відповідно до останніх дослідження близько 96% населення Франції підтримує даний закон. Слід нагадати, що пасивна форма евтаназії була легалізована ще в 2005 році, коли дозволили припиняти лікування, необхідне для підтримання життя хворого, але тоді уряд не зважився піти далі.

У той же час, поки деякі країни світу узаконюють право людини відмовитися від життя, інші активно виступають проти евтаназії, вказуючи на те, що життя є недоторканим і священним.

Перш за все проти «вбивства і самогубства за сприяння лікаря» виступає церква, особливо в католицькій Італії. Адже щодо евтаназії уже ведуться дискусії в італійському парламенті й існує можливість, що буде прийнятий закон, який «порушує право на життя найслабших, хворих та людей похилого віку».

У Німеччині протягом 2015 року розглядалися чотири законопроекти про кінець життя і можливість законодавчого врегулювання самогубства за лікарського сприяння. Евтаназія у Німеччині не дозволена, але й не заборонена завдяки гнучкості німецьких законів: допомога у вчиненні самогубства не переслідується законом, але заборонена Професійним медичним співтовариством. Це породжує юридичну колізію і призводить до гострих дискусій.

У Великобританії у вересні 2015 року вперше за останні 20 років розглядалося питання легалізації евтаназії. Законопроект, що передбачав дозволити хворим людям, яким залишилось жити менше 6 місяців, прийняти смертельну дозу ліків під медичним наглядом, був відхилений парламентом. Варто зазначити, що в Англії та Уельсі діє закон про суїцид 1961 року, яким передбачено позбавлення волі до 14 років за заохочення або сприяння умисного спричинення власної смерті. [1]

Противники евтаназії стверджують, що евтаназія у Бельгії (країна яка однією з перших легалізувала «право на смерть») перебуває поза контролем. Особливе обурення викликав закон про евтаназію без вікових обмежень. У 2013 році, згідно з дослідженнями Журналу медичної етики, 1,7% усіх смертей в Бельгії були спричинені евтаназією без прохання чи згоди пацієнта [2].

Проблему життя і смерті, звичайно ж, не можна розглядати однобічно. Так, на мою думку, легалізація евтаназії дозволить у повній мірі реалізувати людині право розпоряджатися своїм життям, забезпечити принцип гуманізму, адже позбавлення хворого болу і страждань є виявом людяності і поваги до волі і гідності особи. Але ця процедура повинна засовуватись лише до безнадійно хворих, за їх згодою та неодноразовим проханням, після висновку лікаря, інформування родичів і рішення суду про можливість застосування евтаназії.

Незважаючи на інтеграцію в міжнародне співтовариство і досить прогресивні погляди громадян, Україна ще не готова до нормативного закріплення евтаназії. Враховувати досвід провідних зарубіжних країн можна, але застосувати його в нашій державі на сучасному рівні розвитку медико-правової науки нереально.

Так у ст. 3 Основного закону зазначено, що людина визнається найвищою соціальною цінністю. Будь-яка форма евтаназії в Україні вважається протиправною і кваліфікується як вбивство. Відповідно до ч.5 ст.281 ЦК задоволення прохання особи про припинення її життя заборонено. Взагалі термін «евтаназія» використовується лише в ст.52 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Свого часу Верховна Рада відхилила відповідний проект закону. Також під час розробки чинного ЦК висувалась пропозиція на одному з етапів узаконити пасивну форму евтаназії. А це значить, що питання легалізації «права на смерть» в Україні виникало неодноразово.

Таким чином, у світі, у тому числі й Україні, на сьогодні ведуться дискусії з приводу морального, медичного і юридичного аспекту евтаназії. І хоча деякі цивілізовані країни й узаконили «право на гідну смерть», але Україна навряд чи зможе закріпити такі прогресивні положення без порушення чинного законодавства, не зачіпаючи етику медичних працівників і права фізично обмежених осіб.

Література:

1. Мірошніченко О.А. Евтаназія та право людини на життя у міжнародному та національному праві / О.А. Мірошніченко // Форум права. – 2012. – №3. – С. 459-464 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2012-3/12moatnp.pdf>

2. У Бельгії 1,7% усіх смертей спричинені недобровільною евтаназією. // Католицький оглядач. – [Електронний ресурс]. – <http://catholicnews.org.ua>

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Павлюк А.П.,

студент 21 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На сьогоднішній день децентралізація відіграє чи не найважливішу роль, оскільки вона є тим необхідним фактором який дасть змогу провести ряд демократичних та провідних реформ. Децентралізація є досить складним та вагомим процесом по відношенню до інших структурних реформ, оскільки може безпосередньо впливати на всі сфери суспільного життя та наблизитиможливість прийняття рішень до громадськості і тим самим дає змогу впровадженням програмам та напрямкам діяльності краще відповідати цілям та потребам населення відповідної території. На прикладі європейських країн, де є децентралізація, ми можемо спостерігати відносно якісні покращення у тенденціях щодо здійснення державного управління у різних галузях. Саме тому необхідність передачі певних повноважень з центру матиме змогу забезпечити ті необхідні перетворення, які потребує наша держава. Зокрема це стосується і галузі охорони здоров'я.

Варто зазначити що на сучасному етапі ця галузь є досить нерозвиненою. Про це свідчить низка ознак, серед яких вагомими можна виокремити відстаку систему прийняття рішень та бюрократизм у різних ланках управління даною сферою. Юри-

дичним показником виступає відсутність кодифікації з медичного права, що є не досить позитивним аспектом, оскільки в постійному розвитку суспільних відносин відсутність стабільного кодифікованого акту може позначитись на неоднозначності правового застосування. Однак на тлі недавніх подій в Україні передбачаються важливі зміни до Основного Закону щодо розширення повноважень на місцях відповідно до принципу поєднання централізації та децентралізації у здійсненні державної влади, передбаченого статтею 132 Конституції України

Зміст децентралізації полягає у передачі значної кількості повноважень територіальним громадам та значну їхню самостійність у вирішенні питань місцевого значення. Цей процес також передбачає більшу самостійність місцевих бюджетів. Насамперед це впливає на збільшення кількості професійних кадрів у медичних закладах та можливості матеріального й технічного забезпечення цих установ пов'язане з наявністю більших повноважень по обранню вектору розвитку галузі охорони здоров'я відповідно до умов конкретно взятої території. Звідси випливає, що громади можуть безпосередньо взяти участь у виробленні пріоритетів розвитку галузі[4]. До того ж, з'явиться можливість здійснювати контроль за лікувальними закладами, які належать до різних форм власності: як державної, так і приватної. Більш того, як уже зазначалося, в умовах децентралізації зміст місцевих бюджетів буде значно більшим, оскільки з них не буде надсилатися великий відсоток коштів до центру. Це дасть змогу закупити необхідні новітні технології до регіональних медичних закладів і тим самим налагодиться ближчий взаємозв'язок даних закладів та споживачів медичних послуг.

Необхідно зазначити що децентралізації потребує і медична освіта. Значним недоліком залишається те, що досі існує значний контроль над медичними університетами з боку Міністерства охорони здоров'я України, яке позбавляє освітні заклади можливості самостійного вирішення питань своєї діяльності. Таким чином децентралізація у сфері медичної освіти дасть змогу університетам здійснювати свої функції на засадах певної автономії що в подальшому слугуватиме гарантією кваліфікованих кадрів у цій галузі[3, с.12]

Не можна не зазначити, що лікарняні заклади, що належать до державної та комунальної власності фінансуються за методом постатейного кошторису, що передбачено бюджетним законодавством. Тобто в таких умовах керівник лікарні ні за яких умов не може на власний розсуд здійснювати перерозподіл коштів відповідно до нагальних потреб [1]. Також таке фінансування не бере до уваги обсяг послуг, що надаються закладом. Виділ коштів відбувається відповідно до статей кошторису, які формуються згідно з штатним розкладом, ліжковим фондом закладу, вартості комунальних платежів та інших показників, що не мають відношення до обсягу наданих послуг. Тобто, коли лікарні складають штатний розклад, вони виходять із тих положень, що затверджені МОЗ України і цим самим не можуть врахувати необхідний обсяг медичних послуг для конкретної території. Що стосується заробітної плати лікарів, то вона здійснюється відповідно до посадового окладу. За таких умов лікар отримує кошти не за якість та обсяг наданих ним послуг, а за час праці. Тобто це сприяє незацікавленості окремо взятого працівника у своїй результативній діяльності що потім виявляється в низькій якості надання медичних послуг.

В умовах децентралізації активного розвитку набирає суспільно-солідарна система тобто запровадження лікарняних кас, діяльність яких сприяє фінансуванню та організації медичного забезпечення своїх членів[1]. Як приклад можна навести

діяльність БО „Лікарняна каса Полтавщини”, яка станом на 1 січня 2004 року налічувала 5825 чоловік, а зараз на 1 січня 2015 року налічує 26022 учасників. Важливість існування лікарняних кас пояснюється можливістю адаптації медичних закладів комунальної власності до ринкових умов функціонування.

Отже, децентралізація є досить важливим процесом, успішне здійснення якого дасть змогу провести ряд прогресивних реформ у інших сферах суспільного життя. Що стосується медичної галузі, то децентралізація призведе до прогресивних перетворень. Насамперед збільшиться виділення коштів на матеріально-технічне забезпечення лікарських закладів, що дасть змогу закупити інноваційні технології та здійснити кадрове забезпечення медичних установ. В умовах децентралізації можливою є реформа медичної освіти, що полягає у зменшенні контролю МОЗ за організаційною та фінансовою діяльністю ВНЗ. І це не вичерпний перелік реформ. Децентралізація надасть змогу населенню брати участь у вирішенні питань пов'язаних з охороною здоров'я а також забезпечить відповідність виділених коштів та напрямків здійснення медичної політики у конкретно взятому регіоні.

Література:

1. Ігнат'єва Г. Використання досвіду функціонування суспільно-солідарної системи керованої медичної допомоги в умовах децентралізації управління системою охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / Г. Ігнат'єва. // Публічне адміністрування: теорія та практика – 2014.

2. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія/ З.С. Гладун – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 512 с.

3. Запорожан В. Децентралізація – каталізатор медичних реформ. „Ваше Здоров'я”/ Газета МОЗ України і галузевої профспілки, 2015 № 37-38/ – 24 с.

4. Тарасенко Т. Проблема децентралізації в реформуванні місцевого самоврядування в Україні [/ Т. Тарасенко // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2014. – Вип. 2. – С. 277-286.

Пантюх В.Ю.,

студент 41 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ КОДИФІКАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Сучасна вітчизняна нормативно-правова база, сформована у галузі охорони здоров'я не повною мірою врегулює існуючі правовідносини та має ряд суттєвих прогалин. Законодавству на даний час, на жаль, властива розпорошеність, що вказує на необхідність теоретичного осмислення можливості здійснення відповідної кодифікації.

Серед багатоманіття джерел медичного права виділяють декілька категорій джерел. До першої категорії відносять Конституцію України, а також міжнародні нормативно-правові акти у тому числі видані спеціалізованими всесвітніми організаціями в галузі охорони здоров'я. Другу категорію складають кодифіковані акти, такі як ЦК України, КУпАП, СК України, КЗпП України, БК України, ГК України, КК України, та відповідні процесуальні кодекси; міжгалузеві акти (ЗУ «Про захист прав споживачів», ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» та ін.), а також галузеві закони («Основи законодавства України про охорону

здоров'я» тощо). До джерел також слід віднести укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, цільові та деякі міжгалузеві комплексні програми.

Такий тип врегулювання правовідносин у сфері медичного права неминуче призводить до протиріч між діючими законодавчими актами. Це ускладнює право розуміння, а також доступ до правосуддя для пересічних громадян, які бажають захистити права, порушені лікарями [2]. Окрім того, це не сприяє і не допомагає юристам при розгляді і вирішенні «медичних справ»; гальмує підвищення правових знань медичних працівників[4, с. 7]).

Таким чином, обґрунтованим видається позиція багатьох науковців щодо необхідності систематизації законодавства в даній сфері та прийняття єдиного кодифікованого акта, який би усунув існуючі колізії та прогалини та забезпечив належне правове регулювання інститутів медико-санітарної допомоги, медичної допомоги матері та дитини, правового статусу пацієнта, медичної експертизи, а також медико-дослідницьке право [3, с. 120].

Неможливо оминути увагою те, що досвід багатьох розвинутих країн таких як США та Франція, Італія та Іспанія (тощо) вказує на ефективність функціонування Медичних кодексів, які врегульовують відносини лікарів з пацієнтами, їх родичами, представниками, а також професійні та, частково, трудові відносини медиків, відносини з адміністрацією медичного закладу та відповідними органами державної влади, а також органами місцевого самоврядування [4, с. 6].

Спроби систематизації українського законодавства в медичній сфері, (наприклад, проект ЗУ «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я» – «Медичний кодекс» 2008 року, який містить нові розділи: «Заклади охорони здоров'я», «Фінансування медичної допомоги», «Система стандартів у галузі охорони здоров'я» та ін. [1]) були недостатньо продуманими та не досконалими.

З цього приводу О. Любінець та І. Сенюта зазначають [4, с. 6], що Медичний кодекс має включати норми, які врегулювали б суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги. Що стосується інших правовідносин у сфері охорони здоров'я, то їх доцільно регламентувати окремими нормативно-правовими актами. Кодифікація не виключить потреби врегулювання деяких аспектів надання медичної допомоги в спеціальних законах, оскільки вказаний кодекс має вмістити в собі норми, що врегульовуютьнайважливіші та найбільш істотні питання її організації та здійснення.

Що стосується загальних положень Медичного кодексу, як єдиного нормативного акту та його структура визначаються рядом особливостей, які мають знайти своє відображення у ньому, а саме: 1) наявність в структурі акта вступної частини (Преамбули), Загальної та Особливої частини; 2) закріплення норм, покликаних регламентувати основоположні питання надання медичної допомоги; 3) примат прав і свобод людини в ході надання медичної допомоги; 4) реалізація міжнародно-правових стандартів з прав людини і охорони здоров'я; 5) розширення принципів надання медичної допомоги, сформульовані в Основному Законі України; 6) правова узгодженість з іншими галузями права; 7) своєчасне реагування на науковий прогрес у галузі медицини.

Преамбула кодексу має сформулювати пріоритетні напрямки розвитку у галузі охорони здоров'я, відображаючи конституційні принципи та ґрунтуючись на міжнародно-правових еталонах. Кожна з частин кодекса повинна ділитися на окремі розділи, які б містили норми, що регулюють однорідні суспільні відносини у сфері

надання медичної допомоги, особливо щодо правового статусу пацієнта, біотичних основ надання медичної допомоги тощо). В загальну частину має увійти належним чином розроблений категоріально-понятійний апарат, чітко визначені межі правового регулювання, цілі та завдання кодексу, основи правового статусу пацієнтів і медичних працівників, принципи біоетики тощо. В особливій частині має знайти своє закріплення питання надання медичної допомоги у різних напрямках медичної діяльності, зокрема у стоматологічній, хірургічній справі, сімейній медицині, психіатричній допомозі, фармацевтичній, косметологічній та гематологічній справах та ін [4, с. 7].

Виходячи з вищевикладеного можна прийти до наступного висновку – прийняття Медичного кодексу сприятиме покращенню ситуації щодо захисту конституційних прав громадян України з охорони здоров'я. Однак, для вирішення проблем, що наразі існують, необхідно кардинально реформувати медичну систему країни. Це можливо лише за достатнього фінансування, належного рівня навчання, культури та етики, знання своїх прав, чіткого формулювання підстав та меж відповідальності у медичній сфері.

Література:

1. Проект Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я» – «Медичний кодекс» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/7780>

2. Тимошук О. Медичне право – це міф чи реальність в Україні? [Електронний ресурс] // Юридичний вісник України №46, 19-25 листопада 2011. – Режим доступу: http://smi.liga.net/articles/2011-11-21/3206972-medichne_pravo_tse_m_f_chi_realn_st_v_ukra_n_.htm

3. Болотіна Н. Медичне право у системі права України // Право України. – 1999. – № 7. – С. 120-121.

4. Любінець О.В., Сенюта І.Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України // Український медичний часопис. – 2006. №3. – С. 5-10.

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

Пасько С.В.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ПРОДУКЦІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ

Сільськогосподарська продукція є результатом господарської діяльності в сільському господарстві, а також її можна розглядати як продукти харчування, якість яких є досить важливою для здоров'я людини. Адже саме неякісні продукти частіше усього є причиною різних захворювань. На даному етапі розвитку України, в усіх сферах господарювання запроваджуються європейські стандарти, тому якість сільськогосподарської продукції є базовим критерієм. Отже неналежне правове регулювання є тим бар'єром, який слід знищувати та запроваджувати дієві методи на основі принципів європейського законодавства для досягнення належного рівня якості.

Загалом правові питання державного регулювання та управління якістю продукції досліджували такі вчені, як В.Л. Наумов, В.Ф. Опришко, організаційно-правові питання забезпечення якості сільськогосподарської продукції досліджував

В.Н. Петрина, С.І. Бугерега досліджував питання забезпечення якості сільськогосподарської продукції. Метою даної роботи є аналіз чинного законодавства з питання якості сільськогосподарської продукції, а саме визначення основних недоліків та прогалин у правовому регулюванні обраної сфери.

Чинне законодавство України не містить комплексного законодавчого акта, який би в повному обсязі, а головне систематично регулював питання якості сільськогосподарської продукції. До нормативних актів, які регулюють якість сільськогосподарської продукції належать: Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» від 23.12.1997 № 771/97-ВР; Закон України «Про захист прав споживачів» від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ; Закон України «Про молоко та молочні продукти» від 24.06.2004 р. № 1870; Закон України «Про рибу, інші водні живі ресурси та харчову продукцію з них» від 06.02.2003 р. № 486-ІV тощо.

Найбільш загальним нормативним актом у регулюванні якості сільськогосподарської продукції є Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» [1]. У ньому містяться норми, які регулюють і реалізацію, і контроль, і всі ті вимоги, яких повинні дотримуватися при виробництві та реалізації харчових продуктів.

Відповідно до п. 2 ст. 4 Закону України «Про захист прав споживачів» споживачі під час придбання, замовлення або використання продукції, яка реалізується на території України, для задоволення своїх особистих потреб мають право на належну якість продукції [2]. Як бачимо це право чітко закріплене, тому споживач бажає не тільки якісно харчуватись, а і бути впевненим в тому, що продукти харчування не зададуть шкоди здоров'ю. Ці обставини примусили розвинуті країни шукати нові форми управління якістю харчових продуктів.

Актуально розглянути міжнародну практику у цьому питанні, на якій робить акцент у своїй статті С.І. Бугера. Він зазначає, що ефективне правове регулювання якості сільськогосподарської продукції та відповідна законодавча база є важливим елементом в системі забезпечення безпеки продукції харчового призначення. Зокрема, цим питанням присвячена Постанова (ЄС) № 178/2002 Європейського парламенту та Ради від 28 січня 2002 року про встановлення загальних принципів та вимог харчового кодексу, створення Європейського органу з безпечності харчових продуктів та про встановлення заходів для безпеки харчових продуктів, яка стала основою для всеосяжного й всеохоплюючого стандарту з гігієни на харчові і кормові продукти [3, с. 698]. Так як Україна прагне встановлювати стандарти як у країнах Європейського союзу, то для змін у аграрному законодавстві з приводу якості сільськогосподарської продукції, дана постанова може стати так званним прикладом для реальних та ефективних законодавчих змін.

Крім того, в Україні доцільно запровадження належного державного контролю за якістю сільськогосподарської продукції та поступове формування інформаційної бази даних з питань її обігу та якості відповідно до вимог ЄС. Важливим є також забезпечення доступу споживачів сільськогосподарської продукції до інформації про якість та забезпечення відповідного громадського контролю [3, с. 699].

Так як сільськогосподарська продукція є досить різноманітною і до неї відносяться молочні продукти, м'ясо, риба та харчові продукти з неї, то вимоги по безпечності і якості вище вказаної продукції містяться і у спеціальному законодавстві. Так у ст. 6 Закону України «Про молоко і молочні продукти» зазначено, що

вимоги до безпечності та якості молока і молочних продуктів після їх затвердження підлягають опублікуванню в засобах масової інформації центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної аграрної політики. У виробництві традиційних молочних продуктів забороняється використовувати жири та білки немолочного походження, а також будь-які стабілізатори і консерванти [4]. Йдеться про відсилання до норм, які затверджують центральним органом виконавчої влади. Тобто, щоб дотриматися усіх вимог якості продукту, потрібно звернутися не до одного нормативного акту, звідси і виникає порушення вимог якості сільськогосподарської продукції.

Ще одним сільськогосподарським продуктом є риба та харчові продукти з неї. Відповідно до ч. 2 ст. 2 Закону України «Про рибу, інші водні живі ресурси та харчову продукцію з них» якість та безпека живої риби, інших водних живих ресурсів, вирощених у ставках, інших водних об'єктах (їх ділянках), підтверджуються ветеринарним свідоцтвом, яке видається центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері ветеринарної медицини, один раз на рік на всю партію вирощених живої риби або інших водних живих ресурсів [5]. Ця норма є досить загальною, так як рибна продукція відноситься до тієї категорії, що швидко псується і контроль за її якістю повинен бути досить жорстким, та чітко прописаним у відповідному нормативному акті. Тому, щоб рибна продукція була якісною і не шкодила здоров'ю людини, доцільним було б у цьому ж законі прописати про щоденну перевірку відповідним органом чи посадовою особою на місці реалізації рибної продукції та про можливість притягнення до певного виду відповідальності у разі порушення норм законодавства.

Також слід звернути увагу на рівень контролю, який закріплюється у законодавстві нашої країни та порівняти його з країнами Європейського Союзу. Відповідно до постанови (ЄС)178/2002 (розділ III і розділ IV) була створена система швидко попередження – Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) для повідомлення безпосередніх або опосередкованих ризиків для здоров'я людини, що походять від харчових і кормових продуктів. Через цю систему країни-члени, Європейський орган із безпечності харчових продуктів – European Food Safety Authority (EFSA), комісія (яка відповідає за управління), країни, що вступають до ЄС, треті країни і компетентні організації, об'єднані у мережу. В нашій країні не має злагодженої системи, а існує підконтрольність органів, тому інколи це призводить до безконтрольності якості харчових продуктів.

На думку М.В. Шульги основними недоліками сучасного державного регулювання відносин щодо забезпечення якості та безпеки сільськогосподарської продукції є: дублювання функцій органів контролю, відсутність єдиного відомства в цій сфері, повільне впровадження сучасних методів дослідження показників безпечності необроблених продуктів харчування тваринного походження. Також М.В. Шульга, зазначає, що важливим фактором є закріплення обов'язків контролюючих органів та притягнення винних осіб у порушенні законодавства у цій сфері, до майнової відповідальності, для підвищення якості сільськогосподарської продукції [6, с. 251].

Отже, на даному етапі розвитку суспільства якість товарів, які споживає людина, виходить на провідне місце. Так як Україна прагне до європейської інтеграції, то слід змінювати правила виробництва та контролю. Адже для Європейського Союзу якість харчових продуктів є пріоритетом, а так як в нашій державі сільсько-

господарська продукція переважає, то потрібно створювати вдосконалювати рівень контролю за якістю сільськогосподарської продукції, дотримання всіма учасниками аграрного ринку вимог нормативних документів, технічних регламентів, пов'язаних з безпечністю та якістю сільськогосподарської продукції, вимог законодавства у сфері захисту прав споживачів, зміни ролі держави щодо забезпечення безпечності харчових продуктів за європейськими принципами, створення дієвого механізму притягнення до відповідальності виробників за неякісну та небезпечну харчову продукцію.

Література:

1. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів: Закон України від 23.12.1997 № 771/97-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – №19 – Ст.98.

2. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 30. – Ст. 379.

3. Бугера С. І. Якість сільськогосподарської продукції: проблеми адаптації законодавства до міжнародних вимог [Електронний ресурс] / С. І. Бугера // Актуальні проблеми держави і права. – 2011. – Вип. 62. – С. 698-704. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apdp_2011_62_96.pdf.

4. Про молоко та молочні продукти: Закон України від 24.06.2004 р. № 1870-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 47. – Ст. 513.

5. Про рибу, інші водні живі ресурси та харчову продукцію з них: Закон України від 06.02.2003 р. № 486-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 15. – Ст. 107.

6. Актуальні проблеми правового забезпечення продовольчої безпеки України: монографія / О.М. Батигіна, В.М. Жушман, В.М. Корнієнко та ін. / за ред. В.Ю. Уркевича та М.В. Шульги. – Х., 2013. – 326 с.

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

Пасько С.В.,

студент 46 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Кожного дня ми зустрічаємося із рекламою лікарських засобів у різних засобах масової інформації, при чому медичні препарати досить різного рівня, від найпростіших – загального вжитку, до препаратів спеціального вжитку, для вживання яких обов'язково потрібна попередня консультація лікаря. Реклама лікарських засобів це завжди вигідний крок для суб'єктів господарювання, так як підвищується попит на відповідний препарат. Але не слід забувати і про споживачів лікарських засобів, які під своєрідним психологічним впливом реклами, можуть завдати шкоди своєму здоров'ю шляхом самолікування.

Відповідно до Закону України «Про рекламу», який поряд із загальними положеннями стосовно реклами містить спеціальні норми (ст. 21), що встановлюють особливості правового регулювання реклами лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації. Зокрема, зазначений Закон містить низку приписів, дозволів та заборон щодо змісту, форми і способів розповсюдження реклами без рецептурних препаратів. Також повністю забороня-

ється публічна реклама ліків, які живляються та розповсюджуються тільки за приписом (рецептом) лікаря. Крім того, у ч. 3 ст. 19 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлено, що держава забезпечує дотримання вимог закону стосовно обмеження реклами лікарських засобів, а ч. 4 ст. 26 названого Закону України уточнює: «критерії, що застосовуються при визначенні лікарських засобів, рекламування яких заборонено, затверджуються центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я відповідно до вимог закону. Рішення про віднесення лікарського засобу до лікарських засобів, рекламування яких заборонено, приймається під час державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу з внесенням відповідної інформації до Державного реєстру лікарських засобів України. Реклама лікарських засобів, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також тих, що внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів, забороняється». У свою чергу наказом МОЗ України від 6 листопада 2012 р. затверджено Перелік лікарських засобів, заборонених для рекламування, які відпускаються без рецепта.

Відповідно до ч. 3 ст. 26 Закону України «Про лікарські засоби» наголошує, що інформація про лікарські засоби (у тому числі препарати, що не зареєстровані або перебувають на стадії розроблення чи впровадження у виробництво) включає назву, характеристику, лікувальні властивості, можливу побічну дію і публікується у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, а також у матеріалах, що розповсюджуються на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. У цьому контексті не можливо не згадати про судову справу щодо порушень в сфері недобросовісної конкуренції у вигляді поширення оманливої реклами. Так, у судовій справі від 13.07.2010 р. № 11/240-НМ Вищій господарській суд України підтвердив правомірність рішення Антимонопольного комітету України, яким визнані порушення законодавства про захист від недобросовісної конкуренції дії суб'єкта господарювання з повідомлення невизначеному колу осіб неправдивих відомостей шляхом розміщення на транспортних засобах реклами лікарського засобу «Долар»: «Долар – нове ім'я відомого препарату». При цьому реклама лікарського засобу містила інформацію про те, що попередньою назвою цього засобу є «Доларен». Під час проведеного дослідження встановлено, що лікарський засіб «Доларен» в Україні не реалізовувався і не був відомий широкому колу споживачів, а отже поширена у рекламі інформація є неправдивою. Також як приклад судової практики можна зазначити рішення Місцевого Ленінського районного суду міста Севастополя від 17.03.2009р. у справі № 2-680/09, пропорушення у вигляді розповсюдження недостовірної інформації Антимонопольний комітет України притягнув до відповідальності ПАТ «Фармак» (м. Київ) за поширення оманливої реклами лікарського засобу «Амізон». Сума штрафу – 7,6 млн. грн. Недостовірною інформацією стало повідомлення в рекламі “9 з 10 українців обирають саме «Амізон»”.

Тобто ми бачимо, що реклама лікарських засобів є на перший погляд досить врегульованою різного рівня нормативними актами, але якщо при цьому розглянути все це на практичному рівні, то можна зустріти рекламу майже будь – якого лікарського засобу. Все це виникає через надмірну розгалуженість нормативних актів, досить м'яке регулювання даного питання. І як наслідок ми бачимо судові рішення, які констатують порушення законодавства, та відповідно негативно впливають на здоров'я суспільства.

Так для порівняння Г. В. Гусева своїй роботі зазначає, що безумовно, реклама лікарських засобів в Україні має великий вплив на суспільство, тому підходи до рекламування лікарських засобів в Україні є значно більш жорсткими, ніж у країнах ЄС. Слід також зазначити, що в європейських країнах та у США деякі лікарські засоби просто не рекламуються з етичних міркувань, хоча це і не заборонено [1, с. 42]. А в Україні реклама це просто засіб підвищення рівня попиту на відповідний товар, але ніхто не замислюється над тим яка шкода може бути завдана споживачу.

Слід зазначити, що згідно з нормами ст. 26 Закону України «Про рекламу» контроль за дотриманням законодавства України про рекламу здійснюють у межах своїх повноважень: спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері захисту прав споживачів – щодо захисту прав споживачів (Держспоживінспекція України); Антимонопольний комітет України – щодо дотримання законодавства про захист економічної конкуренції; Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення – щодо теле радіо організацій усіх форм власності. Але законодавець зовсім забув про МОЗ України та Державна служба України з лікарських засобів, які відповідно до своїх Положень здійснюють державне управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, не мають повноважень щодо контролю за додержанням законодавства про рекламу лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації. Це є суттєвим недоліком у регулюванні даного питання.

Вищезазначене призводить до багатьох негативних наслідків. Так найбільше спеціалістів в галузі медицини стурбовані проблемою самолікування пацієнтів, що є наслідком надмірної та неефективної реклами. Самолікування може привести до цілої низки негативних наслідків, а іноді, навіть стати причиною фатальних та трагічних наслідків. Так, на підтвердження зазначеного, можна привести положення Рішення Ради Національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами», а саме: «...важливою проблемою залишається недосконалість державного контролю за рекламою лікарських засобів. Неефективний контроль у цій сфері та недобросовісна реклама лікарських засобів призводять до поширення серед населення практики самолікування без попередніх консультацій та рекомендацій кваліфікованих медичних працівників, що завдає значної шкоди здоров'ю громадян».

Отже, розглянувши низку нормативних актів, які регулюють питання реклами лікарських засобів, можна зробити висновок про те, що вони є досить розгалуженими, не мають чіткої системи контролю, що призводить до підвищення рівня самолікування населення, яке у свою чергу завдає шкоду здоров'ю суспільства.

Література:

1. Г. В. Гусева Правове регулювання реклами лікарських засобів в Україні: проблеми і перспективи // Вісник Академії адвокатури України. – 2014. – № 2 (30). – С. 40-48.

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

Петракії В.В.
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ РЕЖИМ КУРОРТНИХ ЗОН

Україна характеризується різноманітним поєднанням природних умов і ландшафтів, які мають великі потенційні можливості для широкого розвитку лікувального і оздоровчого відпочинку. На території України до курортних населених пунктів належать 259 міст, селищ і сіл. У Полтавській області основою курортних ресурсів є джерела мінеральних вод у Миргородському, Великобагачанському, Кременчуцькому, Хорольському районах [1].

Відповідно до ч. 1 ст. 60 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [2, Ст. 546]: особливій охороні підлягають природні території та об'єкти, що мають велику екологічну цінність як унікальні та типові природні комплекси, для збереження сприятливої екологічної обстановки, попередження та стабілізації негативних природних процесів і явищ.

На даний час курортні зони становлять порівняно незначну частину території України. Наявна площа та територіальна структура земель України, що підлягають особливій охороні, дають певні підстави для їх віднесення до територіальної системи з певними ознаками екологічної мережі. Саме тому курортні та лікувально-оздоровчі зони, відповідно до ст. 1 Загальнодержавної програми формування національної екологічної мережі України на 2000-2015 роки включені до складу структурних елементів екологічної мережі [3, Ст. 405].

Питанню правового режиму курортних зон присвячена лише ст. 62 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» відповідно до якої під курортними зонами слід розуміти території, які мають виражені природні лікувальні фактори: мінеральні джерела, кліматичні та інші умови, сприятливі для лікування й оздоровлення людей. Однак даному питанню присвячена чимала кількість законодавчих актів.

А саме, відповідно до ч.1 ст.1 Закону України «Про курорти» [4, Ст. 435]: курорт – це освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні.

Як передбачається на загальнотеоретичному рівні, курортні зони можна класифікувати на кілька видів за різними критеріями. Так, залежно від типу природних лікувальних факторів виокремлюють бальнеологічні, кліматичні, грязьові та змішані курортні зони.

Під бальнеологічними курортами розуміють курорти, які мають основний лікувальний фактор – мінеральні води, що застосовуються у вигляді ванн, душів, для пиття, інгаляцій, зрошування (Моршин, Трускавець, Верховина, Карпати) [6, с. 36].

Кліматичні курорти – основні види лікування – повітряні і сонячні ванни, а також купання. Крім основних видів курортного лікування, для посилення дії лікувальних факторів у лікувальний комплекс включають фізіотерапевтичні процедури, лікувальне харчування, лікувальну фізичну культуру (Бердянськ, Кирилівка) [5, с. 56].

До грязьових курортів відносять ті, в яких основним лікувальним фактором є грязь, що застосовується у вигляді ванн, аплікацій, тампонів, компресів тощо. На грязьових курортах використовується мулова грязь солоних озер і лиманів, сапро-

пелева (мулова грязь прісних озер), торфова (прісна і мінералізована), а також гідро-термальна і сопкова (вулканічного походження) (Євпаторія, Куяльницький, Феодосія, Саки) [5, с. 56].

Поколодна М.М. виділяє також змішані курорти, які мають декілька лікувальних чинників: 1) бальнеокліматичні (Верховина, Звенигородська курортна зона), 2) бальнеогрязеві (Великий Любін, Миргород, Моршин), 3) кліматогрязеві (Аркадія, Бердянськ, Кирилівка), кліматобальнеогрязеві (Євпаторія, Кирилівка, Феодосія) [6, с. 34].

Тобто, як бачимо, основою вищенаведеного критерію є саме властивості природних ресурсів.

Відповідно до ст. 4 Закону України «Про курорти»: за характером природних лікувальних ресурсів курорти поділяють на курорти загальнодержавного та місцевого значення (ч. 1). До курортів загальнодержавного значення належать природні території, що мають особливо цінні й унікальні природні лікувальні ресурси і використовуються з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань (ч. 2). До курортів місцевого значення належать природні території, що мають загальнопоширені лікувальні ресурси і використовуються з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань (ч. 3).

Залежно від спеціалізації або медичного профілю у ч. 2 ст.5 ЗУ «Про курорти» законодавець виокремлює курорти загального призначення і спеціалізовані курорти для лікування конкретних захворювань.

Відповідно до ст. 67 Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» [7, Ст. 19]: в Україні здійснюється медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності.

Для повного дослідження правового режиму курортів варто виділити наступні їх ознаки: – підтверджена у встановленому порядку наявність природних лікувальних ресурсів або лікувальних оздоровчих ресурсів, придатних для використання з метою поновлення та зміцнення здоров'я людей; – наявність відповідних висновків щодо можливості використання таких територій для лікування, оздоровлення, відпочинку, в тому числі для організації господарської діяльності; – прийняття відповідними органами рішення про оголошення цих територій та встановлення їх меж, розмірів, видів; – визначення порядку господарювання, проживання і природокористування для забезпечення охорони зазначених зон, захисту їх від забруднення і передчасного виснаження [8]. Отже, для того щоб територія визнавалася курортною потрібна наявність сукупності всіх перелічених ознак.

Курортні зони займають особливе місце серед об'єктів охорони, оскільки завдяки своїм лікувальним властивостям вони мають значний вплив на здоров'я людини. Потребу в лікуванні, медичній реабілітації, профілактиці захворювань та відпочинку за сучасних умов зростання забрудненості довкілля, відчуває кожна людина, незалежно від умов і місця проживання.

Література:

1. [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://tourlib.net/books_ukr /rankova42.htm
2. Про охорону навколишнього природного середовища: закон України від 26.06.1991р. № 1264-12 // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – № 41. – Ст. 546.

3. Про Загальнодержавну програму формування національної екологічної мережі України на 2000-2015 роки: закон України від 21.09.2000р. № 1989-14 // Відом. Верхов. Ради України. – 2000. – N 47. – Ст.405.

4. Про курорти: закон України від 05.10.2000р. № 2026-14 // Відом. Верхов. Ради України. – 2000. – № 50. – Ст.435.

5. Заваркіна Г.М. Курортна справа: навч. посібник. / Г.М. Заваркіна. – К.: «Центр учбової літератури», 2015. – 264 с.

6. Покоłodна М.М. Туристичне краєзнавство: навч. посібник / М.М. Покоłodна, Л.Д. Божко. – Х.: ХНУМТ ім. О.М. Бекетова, 2013. – 310 с.

7. Про Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992р. № 2801-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1993. – № 4. – Ст.19.

8. [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://ukr.vipreshbnik.ru/ekologichne-pravo/4171-ponyattya-ta-osoblivosti-pravovogo-regulyvannya-likuvalno-osodorovchikh-ta-kurortnikh-zon.html>

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Поліщук А.Ю.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

Ефективність активної імунізації населення доведена багаторічним досвідом у запобіганні багатьох соціально небезпечних інфекційних захворювань. З медичної точки зору вона безсумнівно залишається основною превентивною мірою в політиці охорони здоров'я будь-якої держави. Однак система правового регулювання вакцинації протягом багатьох років визнається проблемою вітчизняної галузі охорони здоров'я.

Метою даного дослідження є аналіз правового регулювання проведення профілактичних щеплень в Україні, висвітлення основних проблем законодавства в цій сфері та пошук шляхів удосконалення.

Правове регулювання проведення вакцинопрофілактики в Україні становить Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ; Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-ІІІ; Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 № 4004-ХІІ; Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунізацій та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» від 21.10.2009 № 1658-VI; Наказ МОЗ України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» від 16.09.2011 № 595.

Проналізувавши дані нормативно-правові акти, ми прийшли до висновку про наявність протиріч між окремими положеннями.

По-перше, згідно ст. 10 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ і ст. 5 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 № 4004-ХІІ, вакцинація є обов'язковою в передбачених законодавством випадках, однак, у ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від

19.11.1992 № 2801-ХІІ зазначено, що особа має право не погоджуватися на будь-яке медичне втручання, включаючи діагностику, лікування та профілактику, що суперечить положенням попередніх статей.

По-друге, неврегульованим залишається і перелік інфекційних захворювань, які попереджаються за допомогою обов'язкових щеплень. Згідно ст. 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-ІІІ, обов'язковими є щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця та туберкульозу, що сумарно становить 6 захворювань. У той же час Календарем профілактичних щеплень до зазначених захворювань в обов'язковому порядку додаються гемофільна інфекція, краснуха, епідемічний паротит та гепатит В, що складає вже 10 інфекцій і суперечить нормам закону.

На протипагу цьому А.А. Котвіцька зазначає, що суттєвою відмінністю між законодавчим регулюванням вакцинації в Україні та країнах Європи є те, що в більшості зарубіжних країн вакцинація не є обов'язковою, а національні календарі щеплень мають характер рекомендації. Тобто, якщо батьки відмовляються від вакцинації, дітей все ж приймають до виховних, навчальних, оздоровчих та інших закладів [1, с. 75].

На думку, О.О. Круглової, законодавство України слід привести у відповідність до Конституції України (принцип верховенства права ст.8 Конституції України). Для цього необхідно змінити обов'язковий характер щеплень на добровільний та, відповідно, виключити норми, що встановлюють будь які обмеження та дискредитують осіб, які їх не здійснили [2, с.540]. Це, в тому числі, буде відповідати нормам Конвенції про права дитини, а саме ст. 2, згідно з якою держави-учасниці поважають і забезпечують усі права, передбачені цією Конвенцією, за кожною дитиною, яка перебуває в межах їх юрисдикції, без будь-якої дискримінації незалежно від політичних або інших переконань, стану здоров'я, її батьків чи законних опікунів або яких-небудь інших обставин. Держави-учасниці вживають усіх необхідних заходів для забезпечення за-хисту дитини від усіх форм дискримінації або покарання на підставі висловлюваних поглядів чи переконань дитини, батьків дитини, законних опікунів чи інших членів сім'ї.

Як зазначає О. О. Круглова, кожен громадянин, а особливо діти, мають право на освіту та на відмову від медичного втручання. Обов'язкова профілактична вакцинація суперечить міжнародній практиці вакцинації – ряд прогресивних країн світу, таких як Велика Британія, Японія, Росія, США тощо, вже відмовилися від обов'язкових щеплень і перевели їх в категорію рекомендованих. Існування обов'язкової вакцинації в Україні протирічить Конституції [2, с. 540]

Отже, шляхом вирішення суперечностей НПА з питань вакцинопрофілактики в Україні є перегляд та урегулювання існуючих законодавчих засад щодо проведення профілактичних щеплень в Україні.

Необхідно удосконалити чинне законодавство, що регламентує проведення імунопрофілактики, зокрема у частині положень відвідування дітьми освітніх закладів у разі відсутності профілактичних щеплень.

Залучення населення до проведення вакцинації повинно відбуватися не шляхом закріплення законодавчої норми про її обов'язковість, а шляхом активної просвітницької роботи, що популяризує цей вид профілактичних заходів.

Література:

1. Котвіцька А.А. Наукове узагальнення сучасних підходів до проведення плавної імунізації у країнах світу / А. А. Котвіцька, О. В. Кононенко, І. В. Кубарева // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2014. – № 3. – С. 72-76. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apfimntp_2014_3_19.pdf

2. Круглова О. О. Обов'язкова вакцинація: порушення особистих немайнових прав фізичної особи / О. О. Круглова // Форум права. – 2011. – № 1. – С. 537-541. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2011_1_86.pdf

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

Потапова А.В.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНЕ ПРАВО В СИСТЕМІ ПРАВА УКРАЇНИ

Наразі зміни які відбуваються у сфері охорони здоров'я, зокрема, збільшення кількості нормативно-правових актів, запитів юридичної практики, пов'язаних з особливостями правового регулювання медичної діяльності та проблеми практичної діяльності лікувально-профілактичних закладів які викликані відсутністю відповідних юридичних знань, призвели до виникнення медичного права як самостійної галузі.

Дослідженням даного питання займалися такі вчені: Гладун З.С., Москаленко В.Ф., Стеценко С.Г., Терешкевич Г.Т., 2004; Педченко Т.В., Рудий В.М., Любінець О.В., Сенюта І.Я., Рогова О.Г.,; Сенюта І.Я., Третьяков В.М., Махмудов Е.Ю., та ін.

Медичне право – це сукупністю правових норм, які регулюють суспільні відносини, пов'язані з реалізацією прав громадян на здоров'я, зокрема, відносини між громадянином і лікувально-профілактичною установою, між пацієнтом і медичним працівником у сфері надання медичної допомоги, а також їх прав, обов'язків та відповідальності у зв'язку з проведенням діагностичних, лікувальних і санітарно-гігієнічних заходів.

Воно є новою, похідною галуззю права, а тому на сучасному етапі розвитку має певні проблеми. Для початку, необхідно визначити предмет медичного права. У теорії його визначають як – сукупність суспільних відносин, урегульованих нормами права. Саме предмет правового регулювання вказує на яку сферу суспільних відносин спрямований вплив норм права.

Н.Б. Болотіна визначає медичне право як самостійну галузь права, що становить систему правових норм, котрі регулюють якісно своєрідні суспільні відносини, змістом яких є здійснюваний медичними працівниками за допомогою медичних засобів впливу на фізичне та психічне здоров'я людини [1, сс. 31-34]. На нашу думку, медичне право є комплексною галуззю національного права, яка тісно пов'язана насамперед з адміністративним правом. З.С. Гладун слушно відмічає, що медичне право має бути не лише спеціалізованою, а й комплексною галуззю права, що аж ніяк не суперечить принципам побудови традиційних галузей права [2, с.6]. В.Ю. Стеценко наголошує, що будучи комплексною галуззю, медичне право включає в свій склад норми різних галузей права: кримінального, цивільного, адміністративного і ін [3, с.299].

Також проблемним є питання правового регулювання даної галузі. Так, В.М. Третьяков і Е.Ю. Махмудов на сторінках часопису «Економіка і держава» справедливо стверджують, що більшу частину нормативного масиву вітчизняної системи охорони здоров'я становлять підзаконні акти, що свідчить про слабкість, невизначеність і, що найгірше, нестабільність правового стану галузі, яку ці нормативно-правові акти регламентують. [4, с.272]. Вказані вище автори підкреслюють, що наявність великої кількості розпорядчих урядових, галузевих та відомчих документів у сфері охорони здоров'я України призводить до того, що дані документи нерідко дублюють чи суперечать один одному, ускладнюють їх застосування і, як результат, не сприяють поступальному розвитку системи охорони здоров'я, а ще й спричиняють негативні наслідки, гальмуючи й стримуючи її розвиток. Вони пропонують, здійснити кодифікацію законодавства в галузі охорони здоров'я шляхом прийняттям Медичного кодексу і побудованих на його основі спеціальних законів, що стане свідченням завершення формування галузі медичного права в системі права України.

Також, можна виділити інші причини які свідчать про недосконалість даного виду права. По-перше, державна політика у сфері охорони здоров'я громадян є недостатньо вираженою тому, що відсутня науково обгрунтована стратегія законодавчої діяльності у сфері охорони здоров'я, також низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи бо існує складність проходження законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді, відсутність спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині.

Отже, сучасний стан медично-правових відносин має певні проблеми і особливості. Незважаючи на створення медичного права як галузі права, що стало великим проривом у правовій охороні медичної сфери, залишаються проблеми належного дотримання прав та обов'язків їх учасників при здійсненні свої обов'язків, обумовлено це відсутністю відповідної нормативної бази яку мають використовувати суб'єкти медичної діяльності при виконанні своїх повноважень. Цього можна досягти, шляхом проведення кодифікації та систематизації нормативно-правових актів.

Література:

1. Сучасне українське медичне право / [Болотіна Н.Б., Буздуган Я.М., Булеца С.Б. та ін.]; За заг. ред. С.Г. Стеценка. – К. : Атіка, 2010. – 496 с.
2. Сіроштан О. Які права у „Медичного права”? / О. Сіроштан // Therapia № 6 (27) 2008. – С. 5-7.
3. Стеценко В.Ю. Предмет, метод і система медичного права / В.Ю. Стеценко // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007, м. Львів – С. 297-301.
4. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В.М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 272 с

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

*Правдюк Д.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

Питання ціноутворення на лікарські засоби займає важливе місце в кожній державі. У країнах ЄС цьому питанню приділяється багато уваги, адже в системі національного страхування держава бере на себе значну частку витрат на лікарські засоби. В Україні ж більшість цих витрат покривається коштом пацієнта, саме тому існує проблема доступності ліків. Виправити це здатне лише державне регулювання господарської діяльності фармацевтичного сектору, що є зовнішнім фактором ціноутворення. Це підтверджує ст. 12 ГКУ, в якій говориться, що серед основних засобів регулюючого впливу держави на діяльність суб'єктів господарювання є регулювання цін і тарифів.

Дану тему досліджували такі науковці, як: Пашков В. М., Щербина В.І., Задахайло Д. В., Мамутова В. К. та інші.

Закон України «Про ціни і ціноутворення» в п. 15 ст. 1 визначає, що ціна – це виражений у грошовій формі еквівалент одиниці товару. Вітчизняні фахівці відзначають значну варіацію оптових та роздрібних цін на лікарські засоби у різних регіонах країни [2, с. 109–122]. Державне регулювання цін на фармацевтичну продукцію відпускається шляхом: включення лікарських засобів до переліку препаратів, що відпускаються безкоштовно або зі знижками; встановлення опорних цін; обмеження ціни на новий препарат граничною надбавкою, до вартості існуючого аналога; встановлення цін на базі співвідношення цін в інших країнах [1, с. 146].

Історичний аспект даного питання розглядав, зокрема, Коган А. П., який зазначав, що важливим принципом державної політики було забезпечення доступності, із 1946 року в СРСР була прийнята методика встановлення оптових та роздрібних цін на нові ліки на рівні препаратів-аналогів. Граничний рівень ціни не повинен був перевищувати ціни аналога: тобто лікарські засоби, які мали різну фармакотерапевтичну ефективність, реалізовуватися за однією ціною. [3, с. 210].

Реформа 1965 року змінила порядок ціноутворення [4, с. 30]. Прийняті законодавчі акти деякі повноваження Держплану, як органу що регулював весь процес виробництва, делегували підприємствам. Між преїскурантами оптових та роздрібних цін не було ніякого зв'язку, бо їх розробкою займалися різні відомства (Міністерство промисловості та Міністерство охорони здоров'я). Через те, що преїскуртант роздрібних цін на лікарські засоби не переглядався з 1978 року, вже наприкінці 80-х років оптові ціни на деякі препарати були більшими, ніж відповідні роздрібні ціни [4, с. 157].

Також історичний аспект розглядав Пашков В. М., який звернув увагу, що з моменту здобуття Україною незалежності здійснювалися спроби застосування закордонного досвіду щодо ціноутворення фармацевтичної продукції. Проте величезний досвід ринкового формування цін, накопичений за кордоном, неможливо перенести без адаптації на українські реалії. Вчений зазначив, що необхідно звернути увагу на період 1993–1994 рр., коли діяла постанова КМУ від 03.06.1993 р. № 403 «Про внесення змін до регулювання цін і тарифів». Роздрібні ціни визначалися на основі оптових цін промисловості з урахуванням нормативу рентабельності 20 % від собівартості продукції та доданням торговельних надбавок. Саме у цей період засто-

совувалися найбільш ефективні методи регулювання цін, які найбільше відповідали рівню ринкових відносин та сприяли їх розвитку.

В 2003 році серед першочергових завдань щодо підтримки українських виробників основних лікарських засобів було: 1) уведення пільг щодо мита на субстанції, з яких виготовляються основні лікарські засоби; 2) зменшення обсягів оподаткування вітчизняних підприємств, які виробляли основні лікарські засоби; 3) зменшення ПДВ для підприємств машинобудівної галузі; 4) пошук можливостей для надання пільгових кредитів. З 1 червня 2012 до 31 грудня 2013 року в Україні діяв пілотний проєкт щодо державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. Метою було підвищення доступності ліків для хворих. За 7 місяців середня вартість 1 упаковки знизилась на 12% [5, с. 153].

В 2014 році Україна побачила проєкт постанови КМУ «Про декларування зміни оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення, які закуповуються за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів». Мінусом є те, що проєкт не було винесено на громадське обговорення, професійна спільнота не мала можливості ознайомитися з проєктом, надати пропозиції та зауваження.

Говорячи про останні зміни до законодавства, необхідно зазначити, що 22 квітня 2015 року було внесено зміни до Постанови КМУ № 240 «Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення». Декларуванню підлягає зміна оптово-відпускної ціни виробу медичного призначення, окрім засобів для підготовки і проведення виборів та референдумів в Україні: вітчизняного виробництва – у національній валюті без урахування витрат, пов'язаних з розвантаженням та транспортуванням; іноземного виробництва – у національній валюті із зазначенням офіційного курсу гривні до іноземної валюти на дату подання декларації зміни оптово-відпускної ціни на лікарський засіб або виріб медичного призначення.

Зміни відбулися в Постанові КМУ від 17 жовтня 2008 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення». Тепер граничні постачальницько-збутові надбавки на включені до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення засоби є не вищими за 10%, що нараховуються до оптово-відпускної ціни з урахуванням податків та зборів, а граничні торговельні надбавки – не вищими за 25 %, що нараховуються до закупівельної ціни з урахуванням податків.

Підводячи підсумок, необхідно зазначити те, що з самого початку становлення України як незалежної держави здійснювалися спроби застосування закордонного досвіду щодо ціноутворення фармацевтичної продукції. Вивчаючи історичний аспект даного питання стає очевидним те, що це перенесення є неможливим без адаптації на українські реалії. Я схильюся до думки вченого Пашкова В. М., який зазначив, про дієвість постанови КМУ від 03.06.1993 р. № 403.

Отже, необхідність вдосконалення державного регулювання цін на лікарські засоби, застосування прозорих алгоритмів формування цін, підвищення доступності препаратів для населення – проблеми фармацевтичного сектору. Державне регулювання фармацевтичного сектору є одним з основних інструментів, який дозволяє вирішити питання економічної доступності медикаментозного забезпечення населення. Роздрібні ціни повинні визначатися на основі оптових цін промисловості з урахуванням нормативу рентабельності 20 % від собівартості продукції та додан-

ням торговельних надбавок. На мою думку, Україні не треба копіювати закордонний досвід, а брати приклад зі свого історичного досвіду.

Література:

1. Пашков В. М. Особливості цінової політики держави щодо продукції фармацевтичного виробництва Вісник № 3 (70) Проблеми господарського права.
2. Куц Л. И. Хозяйственно-правовое регулирование производства и торговли лекарственными средствами: Монография. – Донецк: Норд-Пресс, – 2004.
3. Коган А. П. Розничные цены на лекарственные средства в СССР и экономика аптечного хозяйства: Диссертация к.ф.н. – М. – 1963. – 210 с.
4. Джумагельдиева Г. Д. Правове регулювання цін та ціноутворення: Дисертація кандидата юридичних наук. – Донецьк, 2004. – 157 с.
5. Галій Л. В. Наукове обґрунтування та розробка методичних підходів до регулювання цін на лікарські засоби: дис. дф.н. 15.00.01 – Х., 2004. – 153 с.

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

*Предибайло А.І.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

**ПРАВОВІ ФОРМИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

В останні десятиліття для України нагальною постала потреба у формуванні якісно нової системи управління охороною здоров'я, яка здійснюватиметься шляхом створення багаторівневої структури фінансування медичної сфери. За допомогою взаємовигідної співпраці державного і приватного сектора покращиться ситуація в системі охорони здоров'я через більш ефективний вклад коштів, створення відповідних умов для підвищення якості надання медичних послуг, а також стабільності функціонування системи здоров'я. Із прийняттям Закону України «Про державно-приватне партнерство» у 01.07.2010р. такий вид співробітництва набув нормативного виразу. У ст. 1 зазначеного вище Закону розкривається поняття державно-приватного партнерства (далі – ДПП) як співпраці між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами, в особі відповідних органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також юридичними особами, крім державних і комунальних підприємств, або фізичними особами-підприємцями, що здійснюється на підставі договору в порядку, встановленому Законом або іншими нормативно-правовими актами [1, Ст. 524]. Тобто, на законодавчому рівні закріплюється синтезована організаційно-правова модель, яка поєднуватиме елементи різних систем з метою підвищення спроможності конкурувати та залучати інвестиції для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я держави.

Положенням ст. 49 Конституції України проголошується, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Таким чином встановлюються обмеження у можливості приватизації або переданні в концесію об'єктів в сфері охорони здоров'я, що суперечить нормам Закону.

Також, відповідно до ст. 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я, визначається здійснення фінансування охорони здоров'я за рахунок державного та місцевого бюджетів, благодійних фондів та будь-яких інших, не заборонених за-

конодавством джерел. Тобто, можемо зробити висновок щодо надання можливості залучити різні канали задля забезпечення фінансами систему охорони здоров'я. До того ж, нормативно закріплюються механізми державно-приватного партнерства в Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», де наголошується на необхідності взаємодії державного та приватного секторів у сфері охорони здоров'я з метою збереження та зміцнення здоров'я, профілактики та зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

На думку С.М. Вовк бізнес зацікавлений не тільки в отриманні прибутку, але і збільшення ефективності діяльності, підвищення доступності трудових ресурсів, а також зниження соціальних виплат. Показово, що ці цілі бізнесу багато в чому збігаються з цілями держави і взаємопроникнення інтересів тут дуже важливо. Саме тому моделювання універсальних принципів ДПП може стати дієвим інструментом при реформуванні охорони здоров'я, однією з форм виведення його з кризи [3, с.18].

Відповідно до положень Європейської економічної комісії ООН «Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnership» [4] пропонує різні варіанти моделей інфраструктурних проєктів державно-приватного партнерства.

Щодо переваг концесійних моделей, які застосовуються до охорони здоров'я можна віднести наявність чітких і прозорих конкурсних процедур, відсутність відповідальності у приватного інвестора за ризики, що безпосередньо випливають із діяльності установи в медичній сфері, а також завжди гнучкий підхід до зниження ключових проєктних ризиків. Недоліками такого механізму виступають відсутність можливості укласти прямої угоди між державою і фінансуючими організаціями, обов'язкова і досить жорстка структура тарифів на медичні послуги, складання типової угоди і обов'язковість експлуатації, неможливість застави об'єкта угоди, відсутність множинності на стороні концедента.

У будь-якому випадку, варто наголосити на доцільності запровадження зазначених інфраструктурних моделей державно-приватного партнерства в діяльність закладів охорони здоров'я, оскільки це стане дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора з одночасним підвищенням ефективності державного управління у сфері охорони здоров'я.

Проте, стримуючими факторами дієвості моделі державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є: недостатнє нормативно-правове врегулювання відносин суб'єктів взаємодії; брак кваліфікованих кадрів щодо здійснення роботи з медико-соціальними проєктами ДПП; невисокий рівень довіри бізнесу до державної влади; відсутність прагнення учасників цього партнерства до взаємовигідного співробітництва.

Таким чином, за допомогою такого механізму співробітництва як державно-приватне партнерство виникає можливість об'єднати ресурси приватного та державного сектору, зберегти право власності держави на інфраструктурні об'єкти, а також впроваджувати нові технології, які будуть використовуватись підприємствами в сфері охорони здоров'я. Фактично така взаємодія призведе до розподілу та мінімізації ризиків між учасниками ДПП, а також інноваційному розвитку сфери охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню якості та збільшенню асортименту медичних послуг.

Література:

1. Про державно-приватне партнерство: закон України від 01 липня 2010 р. № 2404-VI // Відом. Верх. Ради України. – 2010. – № 40. – Ст.524
2. Вовк С.М. Моделювання універсальних принципів державно-приватного управління медичними організаціями // Інтелект XXI. – 2014. – № 5. – С. 14-19.
3. Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships [Електронний ресурс]. – United Nations Economic Commission for Europe, 2008. – Режим доступу: <http://www.unece.org/>

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

Пушкаревський В.В.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

В умовах демократизації українського суспільства особливою гостроти набуває питання забезпечення та захисту прав, свобод та законних інтересів громадян. Однією зі сфер суспільного життя, де вказане питання актуалізується, є медична діяльність. Тому питання охорони та захисту права фізичних осіб на збереження в таємниці інформації про стан здоров'я міцно увійшло до кола наукових пошуків вітчизняних та зарубіжних законодавців. Для більшого розуміння інституту лікарської таємниці пропонується розглянути історико – правові особливості його розвитку та функціонування.

Серед науковців, роботи яких присвячені проблемам правового регулювання інституту лікарської таємниці, варто виокремити Ю.М. Аргунову, В. Головченко, Л.І. Дембо, Н.В. Коробцову, О.П. Махник, Ж.В. Чевичалову, І.А. Шамова та інших.

Питання про лікарську таємницю – питання державної доцільності. Визнаючи необхідність збереження лікарської таємниці в окремих випадках, Ф.А. Вальтер вказував, що: «якби закон вважав за доцільне, щоб ті або інші відомості, що стосуються приватного життя громадян, стали відомими певному колу осіб і навіть надбанням широкої гласності, слід це зробити, бо обґрунтовувати професійний обов'язок медперсоналу на інтересах окремої людської особи – принципово неприпустимо». Вперше поняття лікарської таємниці чітко сформулювалося в клятві Гіппократа: «Що б при лікуванні – також без лікування – я не побачив чи не почув стосовно життя людського з того, що не потрібно коли-небудь розголошувати, я змовчу про те, рахуючи подібні речі таємницею». Говорячи про середньовічну Європу, слід вказати, що особливою пошаною користувалися «Канони медицини» арабського мислителя і медика Авіценни, в якому узагальнювалися погляди і досліди грецьких, римських, індійських і середньоазійських лікарів. Там теж є рядки про необхідність збереження у таємниці того, що лікар взяв від хворого[3, с670].

Довгий час зберігання лікарської таємниці було лише етичним правилом, а не було юридичним обов'язком і, відповідно, не було встановлено правової відповідальності за її розголошення. Протягом XIX століття у Російській Імперії, складовою якої у переважній більшості була Україна, державного закону про відповідальність за порушення лікарської таємниці не було. Суттєве значення для всіх сторін суспільного життя мала Жовтнева революція 1917 року. Відкидаючи політичні, ідеологічні та інші подібні чинники, скажемо, що вона значною мірою модифікувала

ставлення до правового регулювання медичної діяльності та збереження лікарської таємниці.

Поступово, ставлення до лікарської таємниці еволюціонувало, так приголомило усіх поява та затвердження Основ законодавства СРСР та союзних республік про охорону здоров'я громадян у 1969 році. У статті 16 «Обов'язок зберігати лікарську таємницю» визначалося, що «лікарі і інші медичні, а також фармацевтичні працівники не мають права розголошувати відомості, що стали їм відомими через виконання професійних обов'язків про хвороби, медичні обстеження (оглядах), інтимне і сімейне життя громадян. Керівники установ охорони здоров'я зобов'язані повідомляти відомості про хворобу громадян органам охорони здоров'я у випадках, коли цього вимагають інтереси охорони здоров'я населення, а слідчим і судовим органам – на їх вимогу». Цікавим є той факт, що трактування даного обов'язку у законодавстві України на сьогоднішній день є майже ідентичним зазначеному[1, с126].

Сучасне поняття лікарської таємниці закріплено у Міжнародному Кодексі медичної етики 1949 року, відповідно до якого лікар повинен поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу та зберігати у таємниці все те, що він знає про свого пацієнта.

Законодавство України, що регулює дане питання складається з низки нормативно – правових актів, а саме ст32 Конституції України, ч1. ст286 Цивільного кодексу України, ст39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я та ін.

Як зазначає українська дослідниця Ж.В. Чевичалова, сьогодні важко собі уявити, що питання збереження лікарської таємниці визначалося тільки совістю лікаря та його моральними принципами. На сучасному етапі спостерігається динамічний зріст законодавства, що регулює правовідносини з приводу охорони здоров'я і прав пацієнтів, у тому числі і право на лікарську таємницю[2, с350].

Сучасна нормативно – правова база, яка забезпечує право на лікарську таємницю, представлена великою кількістю нормативних документів, наприклад: Етичний Кодекс українського лікаря, Кримінальний кодекс України, Декларація прав людини, Міжнародний Кодекс медичної етики і т.д.

Таким чином, беручи до уваги вищевикладене, можна дійти висновку, що інститут лікарської таємниці протягом історії становлення та розвитку пройшов етап від повної заборони лікарської таємниці до абсолютного визначення.

Література:

1. Стеценко С. Г. Медицинское право : учебник / С. Г. Стеценко. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 576 с.

2. Чевичалова Ж. В. Деякі аспекти становлення вітчизняного інституту «Лікарської таємниці» / Ж. В. Чевичалова // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис. Розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (17-18 квітня 2008 р., м. Львів). – Львів : Вид-во ЛЮБФ «Медицина і право», 2008. – С. 349-353.

3. Шатковська І.В. Правове регулювання інституту лікарської таємниці (Українська історія та міжнародний досвід) / І.В. Шатковська // Форум права. – 2009 р. – №3. – с.669 -676

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

*Романенко А.Ю.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ

Проблема введення евтаназії є найпопулярнішою темою в медичному праві України, є центром дискусій і спорів серед науковців у сфері медицини, юриспруденції, а також серед релігійних організацій у світі.

Актуальна ця тема тому, що наша держава не зробила остаточних і обґрунтованих висновків щодо впровадження цієї процедури у вітчизняній медицині, і тому зараз це питання є предметом дискусій українських науковців, більшість з яких підтримують заборону евтаназії або вважають, що Україна не досягла того рівня розвитку і цивілізованості для такого нововведення.

На сьогодні в Україні евтаназія заборонена, що прямо передбачено в ч.3. ст.52 Закону України «Про основи законодавства про охорону здоров'я»: «Медичним працівникам забороняється здійснення еутаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань». Однак аргументації цьому положенню не існує. Наша країна на шляху євроінтеграції, і рано чи пізно це питання буде в центрі уваги, коли настане саме етап остаточного законодавчого урегулювання.

Багато науковців приводять приклади країн Європейського Союзу, що навіть там існує всього декілька країн, в яких офіційно дозволена евтаназія. Це дійсно так, такими країнами є зокрема: Нідерланди, Швейцарія, Бельгія, Німеччина. Але саме Нідерланди є найбільш «демократичною» в цьому плані, оскільки тут не існує жодних обмежень. В цій країні причиною евтаназії може бути не тільки страждання невиліковно хворого, а й фізичні і психічні страждання і переживання особи. На мою думку це є абсурдним, повинні існувати межі цього настільки складного питання.

Досить великий вплив в Європі на заборону евтаназії має церква, зокрема католицька, хоча де-юре майже всі держави ЄС є світськими, але де-факто вона має вплив і на законотворчий процес (найбільший вплив відслідковується в Іспанії, Італії та Польщі). Україна також є світською державою, однак більшість українців є вірянами і православна церква має значні важелі впливу, засуджуючи евтаназію і аборти.

Однак, на мою думку, наша держава повинна законодавчо закріпити дозвіл на проведення евтаназії, але порядок її проведення повинен бути прозорим, мати чітко визначену процедуру і юридичне оформлення, мінімізувати ризики зловживання, встановити покарання за неналежне виконання, а також доцільно було ввести конкретний вік, з якого дозволяється проведення евтаназії, встановити заборону на проведення цієї процедури для дітей.

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

*Рябокін К.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІ ПРАВА ОСОБИ НА ЖИТТЯ

Права та свободи людини і громадянина, їх генезис і здійснення є одними з одвічних проблем людства, їх важливість і актуальність не потребують доведення, адже права людини – це невід’ємне, невідчужуване досягнення людської цивілізації, складне багатомірне явище еволюційного характеру.

Відповідно до ч.1 ст.6 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права: Право на життя є невід’ємним правом кожної людини. Це право охороняється законом. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя.

Основним законом України, що визначає право на здоров’я, є Конституція України. У статті 49 Конституції зазначено, що «кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров’я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм».

Відповідно до Конституції України медична допомога в державних і комунальних установах надається безкоштовно. При цьому обумовлюється, що діюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Стаття 270 Цивільного Кодексу України передбачає право на охорону здоров’я і на безпечне для життя і здоров’я навколишнє природне середовище.

Ще одним важливим документом про права людини є Європейська конвенція про захист прав людини та основних свобод від 4 листопада 1950 р. В статті 2 Конвенції йдеться про право на життя, що вказує на визнання важливості цього права порівняно з іншими правами людини.

На сьогоднішній день актуальними і необхідними чинниками дослідження права на життя є:

По-перше, подолання залишків того праворозуміння, яке було характерним для правового позитивізму.

По-друге, стан опрацювання ідей про право людини на життя у вітчизняній правовій науці та закріплення їх у законодавстві потребує визначення змісту правових явищ, які утворюють біологічний, соціальний та духовний світи існування людини.

По-третє, право на життя як унікальний правовий феномен, що визначає сферу вільної самореалізації та розвитку соціобіодуховної істоти – людини, потребує надійних та ефективних гарантій з боку держави.

По-четверте, не зважаючи на загальновизнану цінність життя людини та її права на життя, законодавча та правозастосовча практика України та інших держав світу не завжди в повній мірі відповідає вимогам гарантування та захисту цього права, створення умов його вільної реалізації.

Отже, враховуючи все вищесказане можна зробити висновок, що права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов’язком держави.

Право людини на життя – це закріплена нормами міжнародно-правових актів та внутрішнього законодавства можливість певної поведінки людини, спрямованої на забезпечення недоторканості свого життя з боку інших осіб та свободи розпоря-

дження ним. Право людини на життя посідає важливе місце в системі прав людини, що обумовлено особливою цінністю блага, яке лежить в його основі. Право людини на життя є одним з цілого ряду прав людини, якому притаманний свій специфічний зміст та яке посідає важливе місце у системі правової регламентації прав людини. В той же час, право людини на життя тісно пов'язане з іншими правами людини та є невід'ємним елементом системи прав людини. Законодавство України визнає за кожною дитиною право на життя з моменту визначення її живонародженою за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я. Кінцем життя людини законодавство визнає її біологічну смерть – смерть мозку людини, тобто незворотну втрату всіх його функцій.

Література:

1. Конституція України від 28 червня 1996 р.
2. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права(Міжнародний пакт ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73)
3. Федюк Л. Право на життя у цивільному законодавстві // Право України. – 2004. – № 9. – С. 107–109.
4. Ольховик Л. А. Право на життя // Актуальні проблеми політики. Вип. 17. – О.: Юридична література / гол. ред. С. В. Ківалов, 2003. – с.160 – 167.
5. Права, свободи та обов'язки людини і громадянина в Україні: підручник А.М. Колодій, А.Ю. Олійник – К., 2008.

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

Санакоєва Н.Р.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ

Проблематика ціноутворення на лікарські засоби та вироби медичного призначення досить довгий час не втрачає своєї актуальності. Існуючий механізм державного регулювання цін неодноразово піддавався критиці з багатьох напрямків. Сучасний період розвитку законодавства про ціноутворення на ліки доцільно охарактеризувати як період реформування механізму державно регульованих цін.

Слід сказати, що державна цінова політика в Україні ґрунтується в основному на застарілій законодавчій та нормативно-правовій базі, а відтоді чекати від неї якихось прогресивних підходів було б наївно. Наприклад, базовий Закон України «Про ціни і ціноутворення» було прийнято ще 3 грудня 1990 р.

Відповідно до ст. 8 Закону «Про ціни і ціноутворення» державне регулювання цін і тарифів здійснюється шляхом встановлення державних фіксованих цін (тарифів); та граничних рівнів цін (тарифів) або граничних відхилень від державних фіксованих цін. Перелік засобів державного регулювання цін не є вичерпним і доповнюється іншими законодавчими актами. Наприклад, відповідно до ст. 191 Господарського кодексу України з'явився такий механізм регулювання цін як обов'язкове декларування зміни цін.

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 грудня 1996 р. № 1548 (з наступними змінами і доповненнями) визначено повноваження органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів). Відпо-

відно до п. 12 Додатку до вказаної постанови Рада міністрів АРК, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації наділені правом регулювати ціни на лікарські засоби і вироби медичного призначення шляхом встановлення граничного рівня торговельної надбавки до оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок. При цьому на лікарські засоби, зазначені у Переліку вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, що реалізуються населенню через аптечну мережу, – на рівні не вище ніж 35 відсотків оптової ціни виробника (митної вартості), а на ті, що придбаваються державними та комунальними закладами охорони здоров'я за бюджетні кошти, – на рівні не вище ніж 10 відсотків оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок. Дане нормативне положення сформульоване його розробниками настільки розмито, що породило практичні проблеми.

Першою проблемою є предмет державного регулювання. Мається на увазі перелік лікарських засобів, ціни на які підлягають державному регулюванню. Наказом Міністерства охорони здоров'я та Міністерства економіки України від 1 серпня 1997 р. № 265/101 було затверджено Перелік вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню. Згодом Наказом Міністерства охорони здоров'я та Міністерства економіки від 3 грудня 2001 р. № 480 / 294 було затверджено новий, значно більший Перелік вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню. Причини, за якими ті чи інші лікарські засоби віднесені до Переліку, наразі невідомі.

Існує також Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення», яка затверджує Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення. Причому Переліки за своїм змістом відрізняються.

Тобто, можна зробити висновок, що існують випадки, коли ціни на життєво необхідні ліки державою не регулюються або ж навпаки регулюються ціни на ліки, які не віднесені до життєво необхідних. Очевидною виглядає необхідність уніфікації даних переліків лікарських засобів.

Наступною проблемою слід визнати застосування регіонального підходу у державному регулюванні цін. Фактично, обласні та прирівняні до них державні адміністрації можуть запроваджувати різні підходи до державного регулювання цін на лікарські засоби: від введення диференційованого розміру торговельної надбавки (в залежності від того чи іншого лікарського засобу) до запровадження єдиної максимальної торговельної надбавки на всі лікарські засоби, ціни на які підлягають державному регулюванню. Таким чином запроваджений законодавством «регіональний підхід» державного регулювання цін не має під собою жодного економічного (чи будь-якого іншого) обґрунтування, а тільки ускладнює діяльність суб'єктів фармацевтичної діяльності, оскільки не всі місцеві органи виконавчої влади дотримуються встановленого порядку державного регулювання цін і тарифів.

Щодо перспектив удосконалення механізму ціноутворення у фармації, то проаналізувавши низку нормативних актів можна визначити кілька напрямів.

До недавнього часу очевидним було запровадження в Україні механізму державної реєстрації цін на лікарські засоби як основного елементу їх державного регулювання. Постановою Верховної Ради України від 21 червня 2001 р. № 2564 –

III «Про інформацію Кабінету Міністрів України про здійснення політики державного регулювання цін на лікарські засоби та виробу медичного призначення» Кабінету Міністрів було рекомендовано запровадити систему державної реєстрації оптових цін на основні (життєво необхідні) лікарські засоби і виробу медичного призначення вітчизняного та зарубіжного виробництва, здійснити заходи з моніторингу цін. Але даний акт втратив свою чинність і у 2014 році було прийнято Порядок декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та виробу медичного призначення, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 2 липня 2014 р. № 240. Даний підзаконний акт можна назвати наступником Постанови 2001 року. У даній постанові знайшли своє відображення наукові напрацювання з приводу формулювання основних принципів державного регулювання системи цін на лікарські засоби.

Отже, визначивши основні проблеми державного регулювання цін на лікарські засоби, ми визначили й основні напрямки удосконалення механізму ціноутворення у фармації – запровадження єдиної системи реєстрації цін на лікарські засоби як основного елементу їх державного регулювання.

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

*Свинобой О.М.,
студент 21 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВО НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Тенденції розвитку сучасної медицини у світі призводять до того, що з року в рік усе гостріше постає питання про необхідність ефективнішого забезпечення прав і свобод та законних пацієнтів. Зважаючи на це неабияке значення має, зокрема, і правове унормування права особи на таємницю про стан здоров'я як особистого немайнового права фізичної особи.

Зміст права на таємницю про її стан здоров'я полягає у тому, що лише особа визначає коло осіб, які можуть отримати дані про стан здоров'я, а також можливість такої особи вимагати від інших, які отримали такі відомості у зв'язку з виконанням ними службових обов'язків чи з інших джерел, не розголошувати її. Більше того право особи на конфіденційність інформації про її стан здоров'я належить до абсолютних прав, адже цьому праву кореспондує зобов'язання інших осіб утримуватись від поширення таких відомостей, що стали їм відомі за певних обставин. Проте зважаючи на те, що саме працівники медичної сфери володіють найбільшим обсягом такої інформації, доцільним є віднесення права на таємницю про стан здоров'я особи до інституту лікарської таємниці.

Охорона прав і свобод та законних інтересів людини, зокрема, й право кожного на таємницю про стан здоров'я як одна з правових гарантій забезпечення прав особи, постійно перебуває у полі зору міжнародної спільноти. Право особи на таємницю про стан здоров'я прямо чи опосередковано закріплене у таких міжнародно-правових актах: Загальна декларація прав людини і громадянина 1948 р. (ст. 12), Міжнародний пакт про громадянські і політичні права 1966 р. (ст. 17), Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р. (ст. 8), Міжнародний кодекс медичної етики 1949 р., Декларація про політику у сфері прав пацієнта 1994 р., Конвенція про захист прав і гідності людини 1997 р.

Поступова інтеграція України до європейського співтовариства вимагає інтенсивної роботи задля вдосконалення й приведення національного законодавства у відповідність європейським та світовим стандартам. Ці заходи повинні відбуватись комплексно з урахуванням як вітчизняних традицій, так і розуміння прогресивних позицій іноземного досвіду. Це стосується і правових положень щодо охорони права фізичної особи на таємницю про стан здоров'я.

Щодо міжнародного досвіду врегулювання конфіденційності медичної інформації та доцільності її використання в українській юридичній практиці, цікавим є приклад Німеччини як демократичної країни з високим рівнем життя та розвитку, з якою Українська держава тісно співпрацює та до рівня життя та правового забезпечення якої наполегливо рухається.

На міжнародній арені Німеччину по праву вважають взірцем для наслідування як організації системи охорони здоров'я, так і правової регламентації інституту лікарської таємниці. О. Махник, аналізуючи історію німецького законодавства зазначає, що лікарям заборонено розголошувати довірені їм відомості при здійсненні професійних обов'язків. А у разі їх допиту як свідків, то вони мають право відмовлятися від дачі показів, якщо пацієнт, якого він лікував, попередньо не дав йому на це дозволу [1]. Це зокрема закріплено і у Кримінально-процесуальному кодексі Федеративної Республіки Німеччина як правова гарантія охорони лікарської таємниці у кримінальному процесі. Так, ст. 53 Кримінально-процесуального кодексу не допускає допит як свідків осіб, яким закон надає право відмовити від дачі показань. До таких осіб закон відносить, зокрема, лікарі, аптекері, акушери тощо. Також німецьке кримінальний закон зазначає, що у випадку розголошення довіреної професійної таємниці, такими особами як, наприклад лікарі, фармацевти, їх помічники тощо, вони підлягають покарання у вигляді грошового стягнення у розмірі до 1500 марок чи ув'язнення на строк до трьох місяців.

Вартом уваги є також нормативне регулювання медичної діяльності в аспекті лікарської таємниці у США, яка для інших держав є зразком демократичних засад організації публічної влади, ефективного забезпеченням до прав і свобод та законних інтересів громадян. З приводу гарантування права конфіденційності інформації про стан здоров'я особи справедливою є думка І. Савченко та С. Осіпова, які характеризуючи США в даному наводять приклад того як онколог повідомляє пацієнта про хворобу, при чому іноді не одного, а з близькими: «Не лякайтесь, пан хороший, у вас рак. Краще всього терміново зробити операцію, яка буде коштувати стільки-то. При цьому ваша страхова компанія зможе виплатити лише дві третини необхідної суми. Є інші схеми лікування: хіміотерапія, променева терапія. Ці заходи забезпечать вам 10 років якісного життя і можуть бути повністю покриті вашою медичною страховкою. Вибирайте...» [2]. Для США характерним є такий феномен, як «правда в очі», тобто пацієнту повідомляється повна та правдива інформація про стан його здоров'я. Значним чином захисту конфіденційності відомостей про стан здоров'я сприяє також високий рівень правової свідомості як медичних працівників, так і пацієнтів загалом.

В контексті розгляду питання про право особи на таємницю у міжнародно-правовому аспекті чільне місце посідає практика Європейського суду з прав людини як міжнародної судової інстанції. Справи щодо розголошення даних, що є конфіденційною інформацією про стан здоров'я, неодноразово розглядалися у Європейському суді з прав людини.

Характерної особливості більшості рішень Європейського суду з прав людини у галузі медичного права є те, що у назвах рішення суду не вказуються імені заявника, наприклад, Рішення Європейського суду з прав людини у справі «V. С. проти Словаччини» та ін., чим забезпечується збереження таємниці медичної інформації, а також приватного життя особи загалом.

Показовим є Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Z проти Фінляндії» від 25.02.1997 р. (заява № 22009/93). Заявниця, яка мала статус ВІЛ-інфікованої, скаржилась про порушення її права на таємницю про стан здоров'я під час кримінального процесу над її чоловіком. Заявниця обґрунтувала порушення своїх прав тим, що міський суд ухвалив рішення стосовно того, що документи справи не підлягають розголошенню протягом 10 р., Апеляційний суд та залишив рішення в силі, не зважаючи на вимогу заявниці продовжити строк до 30 років, до того ж було зазначено повне ім'я заявниці, що було порушенням її права на таємницю про стан здоров'я.

Європейський суд з прав людини у своєму рішенні зробив висновок про те, що 10-річне обмеження щодо розголошення відомостей судової справи та розкриття імені у рішенні суду є втручанням у здійснення нею свого права на повагу до приватного і сімейного життя, яке гарантується ст. 8 Конвенції. Адже «розголошення інформації може мати руйнівні наслідки для приватного і сімейного життя відповідної особи та для її соціального і професійного становища, виставляючи її на безчестя і наражаючи на небезпеку ізоляції» [4].

Вартою уваги є також правова позиція Європейського суду з прав людини у Рішенні від 27.08.1997 р. у справі «M. S. проти Швеції» (заява № 208337/92): «Дотримання конфіденційності відомостей про здоров'я становить основний принцип правової системи всіх держав-учасниць Конвенції. Він є важливим не лише для захисту приватного життя хворих, а й для збереження їхньої довіри до працівників медичних закладів і системи охорони здоров'я взагалі. Національне законодавство має забезпечити відповідні гарантії, щоб унеможливити будь-яке повідомлення чи розголошення даних особистого характеру стосовно здоров'я, якщо це не відповідає гарантіям, передбаченим статтею 8 Конвенції» [5].

Таким чином, право на таємницю про стан здоров'я належить до фундаментальних особистих немайнових прав фізичної особи, забезпечення якого покладається на державу, і в умовах демократизації українського суспільства й поступового входження до європейської спільноти вона має докласти максимум зусиль для забезпечення пріоритетності прав, свобод і законних інтересів особи у поєднанні з намаганням зробити охорону здоров'я громадян, медичну сферу загалом високоякісною і високопрофесійною та такою, що відповідає кращим європейським та світовим стандартам. І лише комплекс таких дій забезпечить якісну медицину і сприятиме більшій захищеності людини від неправомірних посягань.

Література:

1. Махник О. П. Из истории врачебной тайны / О. П. Махник // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия (Москва, 13-15 апреля 2005 г.). – М. : НАМП, 2005. – С. 124-129.
2. Савченко И. Говорит ли больному, что у него рак? / Савченко И., Осипов С. // Аргументы и Факты. – 1999. – № 42. – С. 20.

3. Шатковська І. В. Правове регулювання інституту лікарської таємниці (українська історія та міжнародний досвід) / І. В. Шатковська // ФП. – 2009. – № 3. – С. 669-676.

4. Шиловский Л., Бежевец А. Защита персональных данных в клинических исследованиях и ответственность спонсоров КИ [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.legalalliance.com.ua/rus/press/294/>.

5. Школьна Н. Огляд рішень Європейського суду з прав людини в медичних справах / Н. Школьна // Практика управління медичним закладом. – 2014. – № 7. – С. 52-60.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Сидоренко Т.Ю.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН

Лікарські рослини у сучасному світі ефективно використовуються у лікуванні. Загальносвітовий медичний досвід свідчить про сильні лікувально-профілактичні властивості рослин, що обумовлені наявністю в їх хімічному складі сильнодіючих речовин. Вони можуть справляти як позитивний, так і негативний вплив на організм людини, а тому актуальним є питання щодо правового врегулювання використання лікарських рослин.

Потрібно зазначити, що на даний момент основною проблемою в сфері правового регулювання використання лікарських рослин є відсутність єдиного нормативно-правового акту, який би детально визначив усі ключові питання щодо цього об'єкта. Натомість, існує ціла низка нормативних актів, які лише частково врегульовують окремі аспекти використання таких об'єктів. Так, визначення поняття лікарських рослин зазначається у ст. 1 Закону України «Про насіння і садивний матеріал» [1, Ст. 92]: лікарськими рослинами є дикорослі та культурні рослини або їх частини (насіння, бруньки, квіти, плоди, стебла, кореневища), які використовуються в медицині для виготовлення лікарських препаратів.

Порядок використання лікарських рослин частково врегульовано Законом України «Про рослинний світ» [2, Ст. 198], де в ч. 1 ст. 9 зазначається, що громадяни у порядку загального використання природних рослинних ресурсів можуть збирати лікарську і технічну сировину, квіти, ягоди, плоди, гриби та інші харчові продукти для задоволення власних потреб, а також використовувати ці ресурси в реакційних, оздоровчих, культурно-освітніх та виховних цілях. А щодо спеціального використання природних рослинних ресурсів, то згідно ч. 1 ст. 10 цього ж закону, воно здійснюється за спеціальним дозволом юридичними або фізичними особами для задоволення їх виробничих та наукових потреб, а також з метою отримання прибутку від реалізації цих ресурсів або продуктів їх переробки. Механізм охорони рідкісних лікарських рослин, які занесені до Червоної книги України, встановлено Законом України «Про Червону книгу України» [3, Ст. 201]. Одним із важливих режимів регулювання сфери лікарських рослин є система державного обліку і кадастру рослинного світу який передбачений Порядком ведення державного обліку і кадастру рослинного світу [4, Ст. 452].

Тобто, має місце відповідна система нормативно-правових актів, які регулюють відносини в сфері використання та охорони лікарських рослин. Відсутній єди-

ний законодавчий акт, який би поєднав в собі норми щодо правового регулювання з приводу досліджуваного об'єкта.

Ще одним проблемним моментом для дослідження залишається співвідношення лікарських рослин та лікарських засобів, адже вони мають різне правове регулювання. На відміну від лікарських рослин, лікарські засоби регулюються законом України «Про лікарські засоби» [5, Ст. 86], яким передбачається їх державна реєстрація в ч. 1 ст. 9 цього закону, після чого вони допускаються до застосування в Україні. Для того, щоб зареєструватися потрібно, згідно ч. 3 ст. 9 вищезазначеного закону, подати заяву, в якій зазначити назву та адресу виробника; адресу його місцезнаходження та виробничих потужностей; назву лікарського засобу і його торговельну назву; назву діючої речовини (латинською мовою); синоніми; форму випуску; повний склад лікарського засобу; показання та протипоказання; дозування; умови випуску; способи застосування; термін та умови зберігання; інформація про упаковку; дані щодо реєстрації лікарського засобу в інших країнах, у тому числі назва країни, номер і дата реєстрації, а також додати необхідні матеріали та документи, які також зазначаються в цій статті.

Стосовно лікарських рослин, то чинним законодавством України не передбачається їх державна реєстрація. Хоча, все ж таки необхідно передбачити реєстрацію лікарських рослин, які використовуються в медичній практиці і справляють сильний лікувально-профілактичний вплив на організм людини та лікувальні властивості яких підтверджені дослідженнями. Адже такі рослини можна розглядати як лікарські засоби, що випливає із самого поняття лікарських засобів (ст. 2 закону України «Про лікарські засоби») під якими розуміється будь-яка речовина або комбінація речовин, що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей. Що ж стосується лікарських рослин, які безпосередньо не використовуються в медичній практиці, але використовується людьми для лікування та профілактики як засоби народної медицини, то доцільно було б створити певний нормативно-правовий акт, який би визначив процедуру дослідження таких рослин та розмежував їх на ті, які потрібно б реєструвати, а які ні.

Отже, на сьогодні існує декілька проблемних питань в правовому регулюванні використання лікарських рослин та відмежування від лікарських засобів. На даний момент є велика кількість нормативно-правових актів, які утворюють певну систему щодо регулювання відносин в сфері використання та охорони лікарських рослин. Наразі відсутній єдиний нормативно-правовий акт, який би детально врегулював усі ключові питання, які виникають у процесі використання лікарських рослин. На відміну від лікарських рослин, лікарські засоби регулюються основним законом України «Про лікарські засоби». Деякі лікарські рослини віднесені до лікарських засобів, але інша частина залишається незареєстрованою та нерегульованою законодавством щодо порядку збору лікарських рослин та їх використання. Тому дане питання залишається актуальним.

Література:

1. Про насіння і садивний матеріал: закон країни від 26.12.2002р. № 411-IV // Відом. Верхов. Ради України. – 2003. – № 13. – Ст. 92.
2. Про рослинний світ: закон України від 09.04.1999 р. № 591-XIV // Відом. Верхов. Ради України. – 1999. – № 22. – Ст. 198.
3. Про Червону книгу України: закон України від 07.02.2002 р. № 3055-III // Відом. Верхов. Ради України. – 2002. – №30. – Ст. 201.

4. Порядок ведення державного обліку і кадастру рослинного світу: затв. ПКМУ від 22.02.2006р. № 195 // Офіційний вісник України. – 2006. – №8. – Ст. 452.
5. Про лікарські засоби: закон України від 04.04.1996р. № 123 // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 22. – Ст. 86.

*Сидоренко Т.Ю.,
студент 44 групи
ІНЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Держава постійно здійснює контроль за господарською діяльністю у сфері ліцензування лікарськими засобами та слідкує за дотриманням встановлених законодавством вимог щодо її провадження. В даній сфері свої дослідження проводили такі вчені, як Жилінська О. І., Олефір А. О., Морщагіна Н. С. тощо.

Відповідно до законодавства ліцензування встановлюється як на виробництво так і на реалізацію лікарських засобів. Згідно ст. 19 Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р., остання редакція якого є 25.04.2015 р., то оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами на території України здійснюється підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами – підприємцями на підставі ліцензії, яка видається в порядку, встановленому законодавством. Виробництво лікарських засобів є певним видом господарської діяльності, а тому регулюється також Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», де в ч.2 ст. 9 зазначається, що господарська діяльність з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібно торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім імпорту активних фармацевтичних

інгредієнтів), а також охоронна діяльність підлягають ліцензуванню відповідно до цього Закону з урахуванням особливостей, визначених законами України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», «Про лікарські засоби» та «Про охоронну діяльність».

Для одержання ліцензії суб'єкт господарювання повинен подати до Держлікслужби згідно п. 1.7 Наказу МОЗ України від 31.10.11 р. №723 заяву про видачу ліцензії. А в ч. 4 ст. 10 ЗУ «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» зазначено, що для окремих видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, до заяви про видачу ліцензії також додаються документи, вичерпний перелік яких встановлюється Кабінетом Міністрів України за поданням спеціально уповноваженого органу з питань ліцензування. А відповідно до п. 5 Постанови КМУ від 2001 року №756 «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності» для отримання ліцензії на оптову, роздрібну торгівлю лікарськими засобами необхідно подати відомості за підписом заявника – суб'єкта господарювання (за формою встановленою ліцензійними умовами) про наявність матеріально – технічної бази та кваліфікованого персоналу. Тобто, основний перелік складається з двох документів, а саме: заяви про отримання ліцензії та відомості за підписом заявника.

Дискусійним постає питання щодо переліку необхідних документів для отримання ліцензії на здійснення певної господарської діяльності. Можливо, все ж таки потрібно розширити перелік документів для отримання ліцензії на здійснення роз-

дрібної, оптової торгівлі лікарськими засобами. Адже, при наданні лише двох документів – заяви та відомостей, уповноважений орган не в змозі на 100% бути впевненим щодо правильності видачі ліцензії.

Відповідно до чинного законодавства, а саме ст. 10 ЗУ «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» органу ліцензування забороняється вимагати від суб'єктів господарювання інші документи, не вказані у цьому Законі, крім документів, передбачених частиною п'ятою цієї статті. Але суб'єкт господарювання може разом з основними документами подати ті, що мають відношення до його діяльності.

Напевно, необхідно розширити перелік ще й такими документами як – довідкою уповноваженого органу на здійснення медичного огляду працівників, тобто документ, що підтверджує проходження медичного огляду, а також документ що підтверджує стаж роботи працівника за фармацевтичним фахом (ксерокопія трудової книжки). А також згідно ч. 1.3 Наказу МОЗ від 31.10.2011 р. №723 суб'єктом господарювання, який здійснює оптову, роздрібну торгівлю лікарськими засобами повинен бути фахівцем з повною вищою фармацевтичною освітою та стажем роботи за фахом не менше 2 років. Отже, при наданні даного документу буде підтверджено наявність стажу, який дає змогу працювати в аптечній установі. Також необхідним документом є підтвердження щодо внесення плати за видачу цієї ліцензії. В разі не подання такого документу, уповноважений орган вправі визнати таку ліцензію не дійсною або скасувати рішення про її видачу. (п.1.16 Наказу МОЗ від 31.10.11 №723)

Отже, правове регулювання щодо ліцензування лікарських засобів зазначено не в одному нормативно – правовому акті. Щодо переліку документів, які є необхідними для отримання суб'єктом господарювання ліцензії на здійснення господарської діяльності у сфері роздрібною, оптовою торгівлі потребує значного розширення та доповнення, для більш повної інформації щодо діяльності в даній галузі, адже уповноважений орган зможе більш детально оцінити надану інформацію про персонал певного аптечного закладу та його кваліфікаційний рівень.

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

Скрипник А.В.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ РЕОРГАНІЗАЦІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ ЗАКОНОДАВСТВА

В умовах гострої економіко-політичної кризи в Україні особливої актуальності набуває можливість виконання державою соціальних функцій. Без реального забезпечення доступності медичного обслуговування виконання припису ст. 3 Конституції України виявиться неможливим. Але з іншого боку, значне навантаження на Державний і місцеві бюджети та неефективність діяльності закладів охорони здоров'я викликають необхідність проведення якісно нових реформ у сфері господарсько-правового забезпечення медичного обслуговування.

Відсутність детальної правової регламентації як діяльності медичних закладів взагалі, так і їх реорганізації зумовила розробку та внесення до Верховної Ради України проекту Закону № 2463а від 30.07.2015 року «Про статус та діяльність за-

кладів охорони здоров'я» (далі – Законопроект), який на даний час перебуває на опрацюванні в комітетах парламенту.

Одним з нововведень Законопроекту є регламентація особливостей реорганізації закладів охорони здоров'я окремою статтею. Аналізу цієї нової моделі і присвячено наше дослідження.

З урахуванням принципу, закріпленого у ч.3 ст.49 Основного Закону України, проведення реформи системи охорони здоров'я в частині надання більшої фінансової та організаційно-господарської автономії медичним закладам має проводитись без зміни їх форми власності, тобто відбуватися виключно в рамках публічного сектору економіки.

Ми підтримуємо думку, висловлену Т.М. Курило, яка в процесі реорганізації закладів виділяє два основних етапи: 1) припинення існуючої юридичної особи; 2) утворення на місці припиненої нової юридичної особи, кожен з яких включає декілька послідовних кроків. [2] Але у Законопроекті такі «кроки» детально не розписані. Вважаємо, що в цьому немає необхідності, адже їх регламентація здійснюється чинними актами законодавства. Стаття 15 Законопроекту, у свою чергу, передбачає саме низку особливостей реорганізації, які ми спробуємо проаналізувати.

Законопроект передбачає реорганізацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я (бюджетних установ) саме у державні та комунальні підприємства. Але у які саме за класифікацією Господарського кодексу України – не деталізовано. В результаті аналізу зазначеної у Законопроекті процедури утворення, з урахуванням положень ч.4 ст.63 ГК вважаємо, що мова йде саме про унітарні підприємства. При цьому організаційно-правова форма таких підприємств визначається уповноваженим органом публічної влади відповідно до форми власності. Жодних вимог законодавець не висуває. Реалізація вказаних повноважень органами публічної влади відбуватиметься виключно в межах закріплених у ст.22 ЗУ «Про місцеві державні адміністрації» та ст.32 ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні» відповідно. Вважаємо, що слід передбачити внесення змін до цих законодавчих актів, адже реорганізація за своїм змістом і формою відрізняється від закріплених на даний час повноважень щодо «збереження мережі закладів охорони здоров'я» або їх «розвитку і вдосконалення» відповідно.

Законопроект передбачає низку так званих спрощувальних процедур. Зокрема, передбачається збереження чинності ліцензій та інших дозвільних документів для реорганізованих закладів за умови їх переоформлення у встановленому законом порядку. Вважаємо, що така норма значно спростить як саму процедуру реорганізації, так дозволить уникнути виконання зайвої та непотрібної повторної роботи з надання дозвільних документів.

Окрім того, законопроектом передбачається також збереження дії трудових договорів (контрактів) працівників. З урахуванням положень трудового законодавства та роз'яснень, наданих Міністерством юстиції України у листі від 25.01.2011 року «Гарантії працівників у разі ліквідації або реорганізації підприємства, установи, організації», вважаємо таку гарантію доречною, адже, по-перше, вказана гарантія відсутня у чинному законодавстві, а по-друге, збереження робочих кадрів допоможе запобігти погіршенню рівня надання медичного обслуговування попри суттєві організаційно-правові зміни у діяльності закладів охорони здоров'я.

Законопроект врегульовує питання щодо виду правонаступництва реорганізованих закладів – передбачено не лише універсальне правонаступництво, але й

встановлено спеціальну процедуру переходу майна установ до підприємств: на підставі даних бухгалтерського обліку майна та його інвентаризації, а сам факт передачі оформлюється актами прийомки-передачі та оцінки відповідного майна. На нашу думку, така процедура не тільки зменшить ризики можливих зловживань з боку службових осіб, які будуть позбавлені можливості привласнити майно в процесі реорганізації, але й значно спрощує процедуру переоформлення речових прав на таке майно.

Останньою особливістю є передбачена пільга з боку держави комунальним унітарним підприємствам, утвореним внаслідок такої реорганізації – за результатами 2015–2020 років такі підприємства не зобов'язані відраховувати частину свого чистого прибутку (доходу) [1]. З одного боку, таке звільнення від оподаткування надасть можливість на деякий зменшити фінансове навантаження на новостворені підприємства (яке, до речі, може стати для них непомірним), а з іншого – може призвести до зниження надходжень до Державного та місцевих бюджетів. Але вважаємо, що за реалій українського економічного буття без такого «податкового звільнення» медичні заклади не зможуть пристосуватися до нової реформи.

Таким чином, слід відзначити наявність у Законопроекті таких позитивних рис: детальна регламентація процесу реорганізації, встановлення гарантій як для самих медичних установ, так і для їхніх працівників, запровадження податкових пільг. Ми підтримуємо думку, висловлену Г.О. Слабким, що вказані зміни сприятимуть розділенню функції замовника та постачальника медичних послуг, використанню економічно вмотивованих вимог до забезпечення якості й ефективності постачальників медичних послуг, запровадженню механізму закупівель медичних послуг [3]. Разом з тим, слід зазначити про необхідність проведення комплексної реформи як на рівні законодавства (в тому числі і шляхом регламентації діяльності органів публічної влади по реорганізації медичних установ), так і у самій сфері медичного обслуговування. Без проведення фактичних удосконалень заклади охорони здоров'я можуть не витримати того навантаження, яке включає в себе поняття «фінансова та господарська самостійність». Окрім того, не зважаючи на певний рівень досконалості моделі реорганізації медичних установ, не можна без достатнього обґрунтування взагалі проводити таку реорганізацію, адже медичні установи можуть бути неготовими для повної самостійності, що беззаперечно негативно відобразиться на рівні надання медичного обслуговування.

Література:

1. Законопроект «Про статус та діяльність закладів охорони здоров'я». – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/340413>.
2. Курило Т.М. Правові аспекти реорганізації закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства. – Ліки України. – №2 (178). – 2014. – С. 45.
3. Методичні рекомендації щодо реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства (на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги) / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010. – С. 35.

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

*Слуцький О.В.,
студент 44 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

МІЖНАРОДНИЙ АСПЕКТ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Медичне страхування є однією з найважливіших складових національних систем охорони здоров'я. Актуальність даного питання полягає у тому, що медичне страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують найціннішому в особистому та громадському відношенні – здоров'ю та життю людини.

Основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні розглянуто в наукових працях багатьох вчених, науковців. Найбільш відомі із них – це К. Верещагіна, С. Осадець, Є. Поліщук, В. Єрмілов, С. Осадець, Т. Ротова, Т. Яковлева, М. Шаварина, М. Шоло, та інші [1, с.359].

В економіці охорони здоров'я страхування відіграє основну роль практично у всіх розвинених країнах.

Система медичного страхування створена в Німеччині ще в 1881 році. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування: ним займається близько 1200 страхових кас (страхових фондів) побудованих за професійним принципом (шахтарі, фермери, моряки та ін.), за територіальним принципом та ерзац-каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій населення, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Усі три різновиди кас входять у систему керуваною державою медичного страхування.

У суспільних лікарняних касах застраховано близько 90 % населення країни. Страхові внески діляться між роботодавцем та працівником приблизно порівну і становлять 12 – 14 % заробітної плати працівника до оподаткування [4]. Менше 10 % населення Німеччини мають приватні медичні страховки і відповідні внески в державні лікарняні каси не здійснюють.

У США відсутня єдина національна система медичного страхування. 75 % працюючого населення США страхують їх роботодавці у приватних страхових компаніях. Незастраховані по обов'язковому медичному страхуванню категорії населення мають можливість купити поліси добровільного медичного страхування. Пропорція страхових внесків у цілому по країні така: 40 % держава, 40 % роботодавці та 20 % громадяни [4].

Так, як Конституція США не передбачає державного забезпечення медичною допомогою всіх громадян, крім соціально незахищених верств населення, тому певна частина населення, чий дохід нижчий за межу бідності (пенсіонери, бідняки, інваліди), обслуговуються за державними програмами медичного страхування «Медікер» і «Медікейд».

Медичне страхування в Канаді є системою ошадних рахунків, коли всі кошти належать робітникові й невитрачені на лікування залишки накопичувально переходять із року в рік. Це дозволяє капіталізуватися коштам ринку медичних послуг. Проте і тут є один недолік: окремому індивідууму може знадобитися дуже дороге лікування, і його накопичува рахунку просто не вистачить. З іншого боку, ця модель страхування вважається економічною, оскільки зацікавлена участь пацієнта і усуває зайві видатки. На сьогодні сама Канадська система охорони здоров'я вважається однією з найкращих у світі [3, с.269].

Медичне страхування в інших країнах. В Ізраїлі Швейцарі переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове існує лише щодо осіб окремих про-

фесій [3,с.269]. Система медичного страхування в Японії складна та багатобічна. У 1984 році відбулось злиття декількох програм, і сьогодні функціонують тільки дві: державна та суспільна. Страхуванню підлягають усі працівники на підприємствах із кількістю працюючих 5 та більше осіб, а також члени їх сімей. Сума страхового внеску нараховується зі стандартного заробітку, що визначається щомісячно. Заслугує на увагу також і досвід оплати медичних послуг та надання медичної допомоги у такій країні, як Бельгія, де пацієнт всю суму сплачує безпосередньо лікарю, а потім страховий фонд (лікарняна каса) повертає йому витрачені кошти. Залежно від виду надання медичних послуг та хвороби і до якого рівня надання медичної допомоги звернувся хворий ці кошти повертаються повністю, або частково.

Отже, медичне страхування має бути підтримано нормативно-правовою базою. Водночас, кожна країна обирає свій шлях самостійно.

Багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування. Існують три основні види фінансування охорони здоров'я і у відокремленому вигляді вони практично не використовуються в одній державі, але в деяких державах займають домінуюче положення. Так, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування. В таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медично страхування, в той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги.

Дуже важливо, щоб Україна при запровадженні страхової медицини, перейняла позитивний світовий досвід та врахувала ті помилки, через які пройшли інші країни.

Література:

1. Костак З.Р. Загальнообовязкове державне соціальне медичне страхування: проблеми та перспективи розвитку / З.Р. Костак // Науковий вісник НЛТУ України. – 2013. -Вип.23.15

2. Бурлака Д.В. //Актуальні проблеми економічного і соціального розвитку регіону 2012// «Недоліки впровадження загальнообов'язкового державно-ногосоціально гомедичногострахування» с.34

3. Ляховченко Л. Розвиток добровільного медичного страхування як позабюджетного джерела фінансування галузі охорони здоров'я в Україні// Вісник національної академії державного управління – с. 264-269.

4. Моссиалос Э. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского Союза/ Э.Моссиалос, С.Томпсон.- М.: Анкил,2005.-224с.

5. Яковлева Т. Соціально-правові передумови запровадження обов'язкового медичного страхування //Т.Яковлева// Підприємництво, господарство і право.-2008 №11.-с.71-74.

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

*Собко І.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ В УКРАЇНІ

На сьогодні традиційне розуміння статі втрачає свою актуальність, на зміну йому приходять статева різноманітність. Можливість змінювати або корегувати стать, яка стала доступною людству, в результаті емансипації сексологічних знань, розвитку медицини та біології, який зробив технічно можливою зміну біологічної статі шляхом гормонального лікування та хірургічної операції, перехід від гендерної до трансгендерної теорії у сучасному філософському дискурсі, визнання на міжнародному рівні і закріплення у національному законодавстві можливості зміни (корекції) особою статевої належності та, нарешті, загальна лібералізація соціальних поглядів, відмова від старих стереотипів стає поштовхом до обґрунтування нового права особи – права на гендерну ідентичність.

Власне, гендерна ідентичність – це глибоке усвідомлення тією чи іншою особою внутрішніх та індивідуальних особливостей гендерної приналежності, що може як збігатися, так і не збігатися зі статтю за народженням, включаючи індивідуальне відчуття свого тіла та інші прояви гендера (тобто «гендерне самовираження»), такі, як одяг, мова й манера поведінки. Тоді ж як, трансгендер – загальний термін для позначення людей, чия гендерна ідентичність не відповідає тій статі, яка їм визначена при народженні [1].

Правове регулювання трансгендерності в Україні є дуже актуальною проблемою, оскільки на відміну від країн Європейського Союзу, залишається достатньо неврегульованим. Щодо власне нормативного закріплення відносин у сфері трансгендерності, то можна визначити Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», згідно зі ст.51 якого на прохання пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України, йому могло бути проведено шляхом медичного втручання в акредитованих закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності. Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, повинно видаватися медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішуватиметься питання про відповідні зміни в її правовому статусі. Новим етапом розвитку українського законодавства з питань реалізації права на гендерну ідентичність пов'язують із затвердженням Міністерством охорони здоров'я України наказу від 03.02.2011 року №60 «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності». Даний наказ значно скоротив перелік медико-біологічних та соціально-психологічних протипоказань для зміни (корекції) статевої належності, визначив порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності.

Науковець д.ю.н. Н.В. Камінська визначила формальну процедуру зміни статі за національним законодавством і зазначила декілька етапів: 1) звернення громадянина, який хоче змінити стать, до медичної установи і постановка його на облік; 2) нагляд в медичній установі протягом року; 3) обов'язкова диспансеризація у психо-неврологічному диспансері протягом одного місяця; 4) отримання дозволу на проведення хірургічної операції по зміні статі від Комісії з питань зміни (корекції) статі; 5) проведення хірургічної операції по зміні статі; 6) отримання дозволу Ко-

місії з питань зміни (корекції) статі на внесення змін до офіційних документів, що посвідчують особу; 7) обмін документів [2, с. 205].

З вище наведеного випливає, що вітчизняний законодавець з одного боку визнав існування трансгендерів та дав їм шанс на повноцінну реалізацію їх прав та потреб, а з іншого обмежив право особи на індивідуальність та особисту недоторканість – адже усвідомлення особою невідповідності своєї соціальної та біологічної статі не є одночасним бажанням піддавати себе будь-яким медико-хірургічним втручанням [2, с. 205].

Доцільним для дослідження даної проблематики проаналізувати міжнародний досвід правового регулювання транс гендерних відносин.

Зокрема треба відзначити Рекомендація Парламентська асамблея Ради Європи «Про становище транссексуалів», де зазначено особливості проведення медичних і соціальних процедур, щодо зміни статі, визначення гендерної ідентичності особи.

Як зазначила Європейська комісія, право на прайвесі – це насамперед право особи жити як хочеться, не побоюючись розголосу, право на повагу до приватного життя включає в себе і право на встановлення і підтримання відносин з іншими людьми, особливо в емоційній сфері, з метою розвитку і реалізації власної особистості. Одним із пріоритетних напрямків в політиці і діяльності ЄС є боротьба з дискримінацією за ознакою сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності. Про це йдеться і в Лісабонському договорі (01.12.2009), який замінює Конституцію ЄС, і в спеціально з цього приводу прийнятих однойменних Резолюції Ради Європи № 1728 (2010) та Рекомендації № 1915 (2010) «Дискримінація за принципом сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності» [3, с. 254].

Проте, як зазначає науковець С.М. Бреус однозначного правового регулювання процедур щодо власне зміни статі (гендеру) на теренах ЄС не має. Установчими договорами до спільної компетенції ЄС шлюбно-сімейні правові відносини не були віднесені. Амстердамський договір Євросоюзу 1997 року всього лиш закріпив рух «Gender Mainstreaming» в якості офіційної стратегії, яка в документах ООН визначена як «основна глобальна стратегія сприяння гендерній рівності», обов'язкова для всіх держав – членів ООН [1].

Загалом в європейській практиці законодавчого регулювання зміни гендеру притаманна диференціація національних процедур. Останнім часом зникла умова «хірургічного втручання в особу», як підстава зміни статі. Це позиція підтримується двома важливими постановами національних судів. 27 лютого 2009 року Вищий адміністративний суд Австрії постановив, що обов'язкове хірургічне втручання не є необхідною умовою для зміни статі (і імені). У Німеччині Вищий федеральний суд зазначив в ухвалі, що «хірургічне втручання в якості умови зміни гендеру все частіше розглядається як проблематичне і вже не визнається прийнятним серед експертів» і зобов'язав державу внести зміни до законодавства. На цьому ж підході засновані іспанські норми «Ley de Identidad de Género» і британський «Акт про огляд статі» [4].

Тому на сьогодні під час євроінтеграційних намагань України важливо враховувати рекомендації європейського парламенту щодо імплементації у національне законодавство кращої практики правового регулювання у сфері забезпечення гендерних права всіх громадян, та трансгендерів зокрема.

Отже, правове регулювання трансгендерності в Україні залишається майже не вирішеним. Складність формальних процедур та недостатня нормативно-правова

визначеність трансгендерних відносин не дає можливості громадянам реалізувати свої конституційні та гендерні права, що полягає в можливості самовизначення як представника певної статі, учинення певних дій відповідно до власної гендерної ідентичності щодо зміни біологічної та (або) соціальної статі, а також у можливості управомоченої особи вимагати від інших утримуватися від дій, які порушують це право.

Література:

1. Бреус С. М. Міжнародно-правові стандарти і зарубіжний досвід у сфері гендерної ідентичності. – [електронний ресурс]. – режим доступу: <https://www.irbis-nbuv.gov.ua>

2. Камінська Н.В., Бреус С.М. Реалізація права на гендерну ідентичність в Україні та Російській Федерації: наслідки авторитарної ідеології чи національний консерватизм? // Форум права. – 2014. – № 1. – С. 203–208. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2014_1_36.pdf

3. Пунда О. О. Правове регулювання зміни статеві належності у законодавстві України / О. О. Пунда // Держава і право. – 2011. – Вип. 23. – С. 252–256.

4. Тематична доповідь Європейського комісара з прав людини Ради Європи: «Права людини та гендерна ідентичність» від 29 липня 2009 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://wcd.coe.int/Vc.jp?id=COE>.

Стадніченко Д.В.,

студент 41 групи

ПІО НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної держави. Страхування відіграє основну роль в економіці охорони здоров'я розвинутих країн. Накопичений багаторічний досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей і систем медичного страхування та страхування здоров'я. Оскільки Україна, як самостійна держава є відносно молодого, та перебуває на шляху реформування у різних сферах суспільного життя в тому числі і в діяльності, що стосується медичного страхування, на мою думку, існує необхідність розглянути досвід країн світу у галузі медичного страхування, а саме одну з найрозвинутіших країн з даного питання – Сполучені Штати Америки.

Дослідженням особливостей функціонування системи медичного страхування у США займалися як вітчизняні вчені так і зарубіжні. До них відносяться В.Базилевич, Н.Внукова, Дж.Гендерсон, А.Лаура та ін.

Сучасна система страхування здоров'я в Сполучених Штатах Америки є досить цікавою, оскільки вона базується на сполученні центрального страхового фонду із мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розділяються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Заслугує на увагу той факт, що у США створені та діють спеціальні програми по страхуванню, які носять назву “Медікер” та “Медікейт”[2, с.41].

Отже, розглянемо ці програми детальніше.

Згідно з програмою «Медікер», державна медична допомога надається особам, які досягли 65-річного віку або мають серйозні вади здоров'я та складається з 2-х частин.

Перша частина програми складається з: лікарняного страхування, яке покриває оплату медичних послуг, а саме стаціонарного лікування; лікування особи яка знаходиться у критичному стані; сертифікованої сестринської допомоги; у стаціонарах вдома; у хоспісах, а також медичного страхування, яке покриває оплату послуг: лікарів амбулаторної допомоги; видів медичної допомоги, які не входять у програму лікарняного страхування.

Що стосується другої частини даної програми, то медичне страхування за нею є добровільним і передбачає оплату страхового внеску, який є чітко визначеною сумою. Програма Медікер частково фінансується за рахунок податків, які стягуються з усіх працюючих: із найманих працівників і з роботодавців. Цей податок становить майже 15 % доходу зайнятих американців. Крім цього, програма Медікер фінансується із загальних надходжень із податків на прибуток.

Щодо іншої програми, яка носить назву «Медікейд», то вона фінансується з загальних надходжень із податку на прибуток та передбачає: надання медичної допомоги малозабезпеченим проверсткам населення, переважно жінкам та дітям із бідних родин; перебування в притулках для осіб похилого віку пацієнтів, які потребують постійної опіки. Програма Медікейд фінансується навіпіл федеральним урядом та місцевою владою кожного штату [3, с.35 – 36].

Отже, виходячи з вищевикладеного, можна сказати, що перша програма – це програма, яка допомагає оплачувати медичне обслуговування, але вона не покриває всі медичні витрати або вартість більшості видів тривалого догляду за хворим. Зокрема, не повністю оплачується тривале перебування в лікарні, не оплачується стоматологічні послуги, перевірка зору, виготовлення окулярів і т.д. Друга програма – розрахована на надання медичної допомоги лише незаможним громадянам, що мають дохід нижче рівня бідності. Значним мінусом цієї програми є те, що не кожний «бідний» громадянин може отримати таку допомогу, а лише ті сім'ї, в яких наявні діти, вагітні жінки, люди похилого віку, сліпі та інваліди.

Крім цих двох федеральних програм існує також ринок приватного страхування та різноманітні місцеві, муніципальні та окружні програми. Найпопулярнішою системою медичного страхування у США є так звана приватна система. За статистичними даними, нею користується біля 90% американців. Така система характеризується децентралізацією, значним розвитком інфраструктури страхових компаній та відсутністю державного регулювання. Пацієнт самостійно оплачує надані медичні послуги або оплата здійснюється страховою компанією на підставі страхового договору. Дана система, є досить відпрацьованою та можна навіть сказати досконалою. Вона передбачає певну чітку систему взаємин, а саме: клієнт – страхова компанія – лікар. Особливу увагу страхові компанії приділяють переліку лікарських засобів і схемам лікування. Так, американські лікарі не призначають препарати, які не включені в офіційно прийнятий на рівні міністерства охорони здоров'я або страхової компанії перелік лікарських засобів. Відпрацьовані і чіткі схеми лікування, регулярне оновлення списку препаратів рятують страхові компанії від страхових відшкодувань, клієнта – від наслідків лікарської помилки, лікарів – від судових позовів [1].

Отже, як бачимо, приватне медичне страхування найкращій варіант для громадян, оскільки одразу обумовлюються умови, на яких безпосередньо надається медична допомога в момент настання страхового випадку, а також контроль за наданням медичних послуг, відповідність призначень лікаря стандартним протоколам діагностики і лікування забезпечується медичними експертами страхової компанії. Однак оскільки дана система страхування передбачає здійснення витрат «з власної кишені», то можливість скористатися нею є не у всіх. Саме тому, значна частина американців залишається поза уваги всіх цих видів медичного страхування.

Таким чином, не зважаючи на те, що у США наявні різні за своїм характером системи та програми медичного страхування, на мою думку вони повинні все одно реформуватися, тим паче перші кроки з цього приводу вже робляться. Так, палата представників конгресу США схвалила план президента Барака Обами по реформуванню системи охорони здоров'я. Реформування системи охорони здоров'я США передбачає, що страхове покриття повинне поширюватися на всіх американців, а саме тому, протягом наступних 10-ти років, система охопить ще 32 млн. поки ще не застрахованих американців.

Література:

1. Гориславець Л.М. Медичне страхування: вчимося у США та Європи. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.

2. Дяченко, Є. В. Розвиток бюджетної та страхової медицини в зарубіжних країнах/ Є. В. Дяченко // Вісник Київського національного Університету ім. Тараса Шевченка. Економіка. – №126. – С.40-43.

3. Тлуста, Г.Ю. Медичне страхування в США: теорія та практика функціонування/ Г.Ю. Тлуста // Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Економіка. – №126. – С. 35-39.

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

Стороженко В.А.,

студент 26 групи

ІІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАСОБИ ЗАХИСТУ АВТОРСЬКОГО ПРАВА В МЕРЕЖІ ІНТЕРНЕТ

Інформатизація суспільства та розвиток Інтернету створили неабиякі можливості для обміну та поширення інформації. На привеликий жаль, поряд зі значними перевагами і перспективністю сучасних мереж виникає проблема захисту права, одного із найцінніших у нинішній час ресурсів – інтелектуальної власності. Однією з правових проблем Інтернету є питання про можливість захисту авторських прав, бо будь-яка дія користувачів «всесвітньої павутини» зачіпає права авторів: копіювання текстів, збереження даних в пам'яті комп'ютера, скачування аудіо- та відеоматеріалів, поширення їх серед необмеженої кількості користувачів. Усі ці дії спрямовані на безпосереднє користування об'єктами авторського права. Недарма, чимало провідних країн світу вирішили це питання шляхом прийняття окремих законів. Так, у Сполучених Штатах Америки діє Digital Millennium Copyright Act (Закон про авторське право в цифрову епоху) 1998 року, який виводить за межі правового поля не тільки безпосередньо порушення авторських прав шляхом копіювання, але і виробництво і розповсюдження технологій, які дозволяють обходити технічні засоби захисту авторських прав.

В юриспруденції захист авторського права в Інтернеті тлумачили у свої працях такі вчені: Ю.М. Батурина, Р.А. Калужний, В.І. Жукова, та багато інших. Але, не зважаючи на ці доробки, захист прав інтелектуальної власності потребує чималих досліджень та аналізу [2].

На забезпечення ефективного врегулювання захисту авторського права в Україні були прийняті такі нормативно-правові акти: Цивільний кодекс України, Закон України «Про авторське право і суміжні права», а також Указ Президента України «Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Інтернет та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні». Ці акти врегульовують основні права та обов'язки осіб, які створюють та використовують об'єкти інтелектуальної власності в глобальній мережі. Так, розміщення будь-якого твору в Інтернеті, тобто його відображення у загальнодоступній електронній системі інформації, відповідно до статті 442 Цивільного кодексу України, є його оприлюдненням.

Насамперед, доцільно визначити перелік об'єктів, доступних через Інтернет, які знаходяться під охороною авторського права. До них відносять: літературні письмові твори белетристичного, публіцистичного, наукового, технічного або іншого характеру; виступи, лекції, промови, проповіді; комп'ютерні програми, бази даних; музичні твори з текстом і без тексту та інші твори. [3].

Контроль за порушенням авторського права у всесвітній мережі на сьогодні являється досить ускладненим. Тому в умовах сучасності авторам найбільш доцільно слідкувати за захистом своїх законних прав заздалегідь, використовуючи при цьому різні технічні засоби захисту, що дозволили б створити технічні перешкоди при порушенні авторського права. Серед таких засобів можна виділити наступні: 1) саморуйнування електронного документа при несанкціонованому копіюванні. 2) криптографічні конверти – програмне забезпечення, яке зашифровує твори так, що доступ до них може бути отриманий лише із застосуванням належного ключа до шифру. 3) твори з обмеженою функціональністю, коли автор подає лише частину інформації, приміром, зміст книги чи деякі її розділи; цей метод широко використовується для передплати Інтернет-видань. 4) використання кодових слів; у своїх текстах автори навмисно використовують рідкісні й екзотичні слова, за якими потім за допомогою пошукових систем відстежують використання власного твору. [1].

Отже, можна стверджувати, що захист авторства у всесвітній мережі Інтернет насамперед залежить від самого автора, який повинен забезпечити повноцінний контроль над матеріалами, викладеними ним. Але у більшій мірі значних змін повинна зазнати законодавча база України, котра регулювала б усі процеси в напрямку авторського права в мережі Інтернет. Тому, на нашу думку, перелічені засоби захисту доречно закріпити на законодавчому рівні.

Література:

1. Проблеми захисту авторських прав в інтернеті / Аврамова О.С., Разіна О.І. // Вісник НТУ «ХП». Серія: Актуальні проблеми розвитку українського суспільства. – Харків: НТУ «ХП», 2013. – № 6(980). – С. 26-29. Бібліогр.: 1 назв.
2. Бреус С.Б. Защита авторских прав в Интернет: автореф. дис. канд. юр.н.:12.00.03 / Бреус Сергей Борисович. – М., 2009. – 22 с.
3. Про авторське право і суміжні права : Закон України в редакції від 14 липня 2001 р. // Голос України. – 16.08.2001 р. – № 146

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Терела М.А.,
студент 42 групи,
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВО НА ЕКОЛОГІЧНУ ІНФОРМАЦІЮ

Доступ до інформації займає важливе місце в розбудові сучасної правової держави, оскільки є гарантією реалізації прав людини. На сьогодні забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи – катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду Українського народу є обов'язком держави (ст. 16 Конституції України).

Поштовхом для розвитку права на екологічну інформацію в країнах ЄС можна вважати прийняття 7 червня 1990 року Радою ЄС Директиви «Про вільний доступ до інформації про стан довкілля» (90/313/ЄЕС), де вперше було надане визначення екологічної інформації як будь-якої доступної інформації в письмовій, візуальній, акустичній або інших формах про стан води, повітря, ґрунтів, фауни, флори, землі та природних ресурсів, а також про діяльність чи заходи, націлені на захист довкілля, включаючи адміністративні заходи й екологічні програми[3]. Дане визначення знайшло відображення і увітчизняному законодавстві в ст. 25 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища»[7, Ст. 546], яка детально визначає перелік відомостей, що являють собою екологічну інформацію.

Невід'ємною частиною права на екологічну інформацію є право надоступу до такої інформації. Виходячи з ч. 2 ст. 50 Конституції України, згадане право складається з трьох елементів: право доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту; право поширювати таку інформацію; право вільного доступу до інформації[8, с. 9].

На сьогодні головним елементом ефективного права на доступ до інформації вважають той факт, що зацікавлені особи не повинні виявляти надмірної наполегливості задля отримання екологічної інформації. Так, ст. 3 (п. 1) Директиви 90/313/ЄЕС вимагає, щоб органи державної влади країн-членів ЄС забезпечили доступність інформації про стан навколишнього середовища «для кожної особи за її запитом, не вимагаючи від неї доказів її правового інтересу або пояснення» [2, с. 11].

Якщо звернутися до національного законодавства, то варто зазначити, що право вільного доступу до інформації про стан довкілля, якість харчових продуктів та предметів побуту гарантується Конституцією України без жодних застережень. Водночас відповідно до п. е) ч. 1 ст. 9 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища»: законом можуть бути встановлені обмеження на право вільного доступу до інформації про стан довкілля. В той же час Закон України «Про інформацію» [5, Ст. 650] містить імперативну норму, за якою інформація про стан довкілля, крім інформації про місце розташування військових об'єктів, не може бути віднесена до інформації з обмеженим доступом (ч. 3 ст. 13). Окрім того, у ч. 4 ст. 8 Закону України «Про державну таємницю» [4, Ст. 93] зазначено, що інформація про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, про вплив товару (роботи, послуги) на життя та здоров'я людини не належить до державної таємниці.

Як справедливо зазначається у фаховій літературі, наявність таких суперечливих норм тільки ускладнює механізм правового регулювання інформаційних екологічних відносин [1, с. 89].

Для забезпечення належного доступу до екологічної інформації важливим є визначення кола суб'єктів, які зобов'язані її надавати за зверненням громадян. Перелік осіб, на яких покладено здійснення екологічно-інформаційного забезпечення передбачено вч. 1 ст. 251 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища», а саме ними є: органи державної виконавчої влади, що реалізують державну політику у сфері охорони навколишнього природного середовища, органи місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації, діяльність яких може негативно вплинути або впливає на стан навколишнього природного середовища, життя і здоров'я людей. Зазначені суб'єкти зобов'язані забезпечувати вільний доступ населення до інформації про стан навколишнього природного середовища.

Проте, питання щодо суб'єктного складу осіб, на яких покладено функцію екологічно-інформаційного забезпечення, є дискусійним у науковій літературі. Так, частина фахівців, з-поміж яких С. В. Корновенко, Б. М. Гук вважають, що перелік таких осіб є неповним і пропонують включити до нього також фізичних осіб-підприємців з огляду на те, що господарська діяльність останніх теж може завдавати істотної шкоди навколишньому природному середовищу[1, с.89-90].

Відповідно до ч. 2ст. 251 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища»: екологічне інформаційне забезпечення здійснюється органами державної влади та органами місцевого самоврядування в межах їх повноважень шляхом: підготовки Міністерством екології та природних ресурсів України подання на розгляд Верховної Ради України щорічної Національної доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні, а після її розгляду Верховною Радою України – опублікування окремим виданням та розміщення в системі Інтернет; щорічного інформування населення про стан навколишнього природного середовища відповідних територій; систематичного інформування населення через ЗМІ про стан навколишнього природного середовища, динаміку його змін, джерела забруднення, розміщення відходів чи іншої зміни навколишнього природного середовища і характер впливу екологічних факторів на здоров'я людей; негайного інформування про надзвичайні екологічні ситуації; передачі інформації, отриманої в результаті проведення моніторингу довкілля, каналами інформаційних зв'язків органам, уповноваженим приймати рішення щодо отриманої інформації; забезпечення вільного доступу до екологічної інформації, яка не становить державної таємниці і міститься у списках, реєстрах, архівах та інших джерелах.

Не зважаючи на закріплені у роз. 3 Закону України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року»[6, Ст. 218] заходи, на жаль, так і не створена до 2015 р. мережа загальнодержавної автоматизованої інформаційно-аналітичної системи забезпечення доступу до екологічної інформації, що має включати національну систему кадастрів природних ресурсів, реєстри викидів та перенесення забруднюючих речовин, і до 2020 р. – система управління екологічною інформацією, що забезпечило б, з-поміж іншого, належний доступ до екологічної інформації та відповідно гарантувало екологічну безпеку громадян.

Література:

1. Корновенко С. В., Гук Б. М. Інформаційно-правові аспекти сучасної екологічної політики в Україні / С. В. Корновенко, Б. М. Гук // Право і суспільство. – 2015. – № 1. – С. 86-91.
2. Морозовська Т. Трактуння поняття «право на екологічну безпеку» / Т. Морозовська // Віче. – 2010. – № 4. – С. 10-12.

3. Про вільний доступ до інформації про стан довкілля [Електронний ресурс]: Директива Європейського Союзу. – Режим доступу: 90/313http://eulaw.edu.ru/documents/legislation/okr_sreda/infoenvaccess.htm.

4. Про державну таємницю: Закон України від 21.01.1994 № 3855-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1994. – №. 16 – Ст. 93.

5. Про інформацію: Закон України від 02.10.1992 р. № 2657-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1992. – №. 48.– Ст. 650.

6. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Закон України від 21.12.2010 р. № 2818-VI // Відом. Верхов. Ради України. – 2011. – №. 26.– Ст. 218.

7. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 р. № 1264-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – №. 41.– Ст. 546.

8. Романко С.М. Теоретичні засади права на екологічну інформацію [Електронний ресурс] / С. М. Романко // Теорія і практика правознавства. – 2014. – Вип. 2(6). – С. 1-13.

Науковий керівник – к. ю. н. доц. Троцька М.В.

Тертична А.А.,

студент 45 групи,

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАБРУДНЕННЯ ҐРУНТІВ В УКРАЇНІ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Сучасний стан розвитку суспільства призводить до техногенного навантаження на природні ресурси, зокрема, забруднення та засмічення ґрунту, що створює велику загрозу для навколишнього середовища. Захист і охорона ґрунту від забруднення є важливим завданням, оскільки шкідливі речовини, які знаходяться в ґрунті рано чи пізно потрапляють до організму людини.

Дослідженням даного питання в Україні займалися: Гавриш Н.С., Конишева О.В. Андрейцев В.І., Краснова М.В., Носік В.В., Коваленко Т.О., Балюк Г.І., Янчук В.З., Шелестов В.С., Мунтян В.Л. та ін. У працях яких висвітлено чинники, що призводять до забруднення, і як наслідок, псування ґрунту, негативний вплив на живі організми, а також відповідальність за порушення законодавства у сфері екології.

Важливість та необхідність розгляду питання щодо охорони ґрунту в Україні від забруднення та псування обумовлено тим, що реалізацію права громадян на безпечне для життя і здоров'я довкілля гарантовано ст. 50 Конституції України [1, Ст. 141].

Відповідно ст. 1 до Закону України «Про охорону земель» [2, Ст. 349]: ґрунтом є природно-історичне органо-мінеральне тіло, що утворилося на поверхні земної кори і є середком найбільшої концентрації поживних речовин, основою життя та розвитку людства завдяки найціннішій своїй властивості – родючості. Але на сьогоднішній день виникає потреба в його охороні, оскільки розвиток суспільства, техніки призводить до його забруднення, і, відповідно втрати корисних властивостей та поживних речовин.

За ч. 2 ст. 1 Закону України «Про охорону земель»: забруднення ґрунтів – накопичення в ґрунтах речовин, які негативно впливають на їх родючість та інші корисні властивості.

Так, сучасне виробництво та розвиток суспільства, економіки, сільського господарства тощо тісно пов'язане із застосуванням техніки, хімічних добавок, необхідністю викидів і т.д. Найбільший вплив справляють хімічні речовини, що знаходять свій вияв у застосуванні великих доз хімічних засобів захисту рослин та мінеральних добрив; промислові викиди хімії, металургії, металообробки; спалювання нафти, газу, торфу; гази транспортних засобів, особливо небезпечними є забруднення важкими металами, такими як ртуть, фтор, свинець, миш'як та радіоактивними речовинами тощо. Небезпечність таких речовин для людини зумовлюється гонадо-токсичною, ембріотропною, тератогенною (вади розвитку плода) діями, мутагенною (зміни в хромосомах), канцерогенною дією [3, с. 45]. Тож, необхідно зменшувати кількість застосування хімічних речовин, добавок шляхом встановлення більш суворих норм та стандартів, а також замінювати їх органічними та мінеральними добривами. Щодо промислових викидів, то необхідно посилити контроль за їх переробкою та знищувати шляхом спеціалізованої переробки.

Відбувається постійне вимивання бруду у ґрунтові води і відкриті водойми, через що шкідливі речовини, потрапляючи у питну воду і продукти харчування, пестициди викликають порушення діяльності центральної нервової, серцево-судинної та інших систем організму, аномалії новонароджених та зниження опірності імунної системи [4, с. 143-152]. Для запобігання такої проблеми необхідно посилити контроль за забрудненням земель та води, а також піддавати воду процесу відстоювання та фільтрування перед вживанням.

Досить суттєве значення відіграє ґрунт як опосередкований чинник у поширенні кишкових інфекцій, насамперед, дизентерії, тифозних, паратифозних захворювань та гельмінтів. Ці збудники мають властивість не розмножуватися зберігатися в ґрунті довгий час, і при цьому не втрачаючи патогенних властивостей від декількох днів до трьох і більше років [5, с. 43].

Так, на підставі вищенаведеного, бачимо широке коло факторів забруднення та ряд негативних наслідків, до яких це призводить, але на сьогодні позбутися чинників забруднення ґрунтів майже неможливо, і потрібно вирішувати це питання задля підтримання та збереження навколишнього природного середовища, що насамперед впливає на живі організми, в тому числі на життя й здоров'я людини.

За ч. 1 ст. 1 Закону України «Про охорону земель»: охорона ґрунтів – система правових, організаційних, технологічних та інших заходів, спрямованих на збереження і відтворення родючості та цілісності ґрунтів, їх захист від деградації, ведення сільськогосподарського виробництва з дотриманням ґрунтозахисних технологій та забезпеченням екологічної безпеки довкілля.

Отже, задля мінімізації впливу шкідливих речовин на ґрунт, які потім опосередковано потрапляють до організму людини та призводять до розповсюдження інфекції, захворювань, порушення нормальної роботи організму, зниження імунної системи тощо, необхідно вдосконалити законодавство, запропонувавши шляхи вирішення такої проблеми в подальшому.

Література

1. Конституція України від 28 червня 1996р. // Відом. Верхов. Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Про охорону земель: Закон України: 19.06.2003р. № 962-IV // Відом. Верхов. Ради України. – 2003. – № 39. – Ст. 349.

3. Даценко І.І., Мартинюк В.З. Інтоксикація оксидом вуглецю та шляхи її послаблення. – К.: Наук. думка, 1971. – 248 с.

4. Основы экологии и экологическая безопасность / под ред. В.В. Шкарина, И.Ф. Колпащиковой. – Нижний Новгород, 1998. – 172 с.

5. Чаусова Л. Принципи у сфері стимулювання належної еколого-правової діяльності громадян та організацій / Л. Чаусова // Право України. – 1998. – № 6. – С. 39-43.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Тетерник Д.Д.,

студент 45 групи,

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

На етапі демократичних перетворень суспільства, на новий рівень виходить питання забезпечення та захисту прав, свобод та законних інтересів громадян. Одним із таких провідних соціальних прав людини виступає право на нерозголошення інформації, що містить інформацію про стан здоров'я особи. Для того аби забезпечити охорону лікарської таємниці необхідно чітко з'ясувати, хто безпосередньо є суб'єктом збереження лікарської таємниці.

Серед вчених у працях яких даний інститут є об'єктом дослідження варто виокремити, Ю. Аргунова, В. Головченко, Л. Дембо, Н. Коробцова, І. Шамова, І. Шатковську, О. Негодченко.

Перш ніж перейти до розгляду питання суб'єктів збереження лікарської таємниці, необхідно визначити відповідне поняття.

Відповідно до ст. 39.1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 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. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. На мою думку положення даної статті визначають лікарську таємницю опосередковано, шляхом розкриття змісту права особи на лікарську таємницю, проте легального визначення лікарської таємниці як виду службової інформації законодавець не зазначає.

Відповідно до ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Шагковська І. наводить власне поняття суб'єкта збереження лікарської таємниці як медичного працівника, який отримав інформацію стосовно пацієнта при діагностиці, лікуванні чи реабілітації, а також іншу особу, котрій зазначена інформація стала відомою при виконанні своїх професійних обов'язків [1, с. 172].

При розгляді питання суб'єктів збереження лікарської таємниці С. Стеценко виокремлює: а) осіб з вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі, провізори); б) осіб із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери,

медичні сестри, фармацевти); в) молодший медичний персонал (санітари, няньки); г) осіб, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів освіти); г) немедичний персонал лікувально – профілактичної установи (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб та інші); д) працівники страхових організацій; е) посадові особи органів управління охороною здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів міністерства та інші); є) співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків [2, с. 218].

Із вищенаведеного слідує, що не тільки представники медичних спеціальностей визначаються суб'єктами збереження інформації, але і особи які у зв'язку із характером діяльності можуть дізнатись про інформацію, що становить лікарську таємницю. В. Лопатин відносить до суб'єктів також і працівників лікувальної установи, серед яких водії, працівники столової, охоронці та інші. Вчений також підкреслює, що останнім часом зростає кількість осіб, у перелік службових обов'язків яких входить обробка інформації, що становить лікарську таємницю [3, с. 36]. Погоджуючись з таким науковим підходом, хочу наголосити на тому, що останнім часом стрімкими темпами відбувається комп'ютеризація медичної діяльності, створення електронних баз даних, що в свою чергу викликає запитання про відношення до цього переліку також і працівників інформаційної сфери зокрема системних адміністраторів та осіб, що спеціалізуються на обробці інформації.

Питання доступу до лікарської таємниці студентів вищих та середніх навчальних закладів досліджується багатьма вченими. Зокрема, І. Шатковська зазначає, що навчання у ліжка хворого – один з найбільш істотних елементів в освіті медичних працівників. Традиції і адміністративний порядок клінік обґрунтовують їх право на участь в огляді хворих, виконанні під керівництвом досвідчених професіоналів діагностичних і лікувальних заходів, і, отже, на доступ до відповідної медичної інформації. Проте з моральної точки зору, оскільки участь в навчанні студентів не є безпосереднім інтересом конкретного пацієнта, то їх право на доступ до медичної інформації лікувально – діагностичних дій повинне бути обумовлене добровільною згодою хворого або членів його сім'ї [1, с. 170].

Таким чином, питання суб'єктів збереження лікарської таємниці потребує подальшого дослідження як на законодавчому так і на доктринальному рівнях. Оскільки з розвитком суспільних відносин та виникненням нових професій у сфері медичної діяльності, необхідно оперативного реагувати на такі зміни.

Література:

1. Шатковська І.В. Суб'єкти збереження лікарської таємниці (адміністративно-правовий аспект) [Електронний ресурс] // І.В. Шатковська // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова, серія 18: економіка і право. – 2010. – Вип.8. – С.167-172. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nchnpu_018_2010_8_26.pdf
2. Медичне право України : підручник / за заг. ред. С. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
3. Лопатин В.Н. Правовая охрана и защита права на тайну / В.Н. Лопатин // Юридический мир. – 1999. – №7. – С.36

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

*Турченко М.П.,
студент 44 групи,
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПЕРСПЕКТИВИ КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИНИ ЛЮДИНИ

Проблема комерціалізації діяльності у сфері трансплантації органів і тканини людини, а також питання комерційного донорства є актуальними сьогодні в Україні та у світі. Цезумовлено складними етичними та юридичними запитання, які потребують негайного вирішення, оскільки науковий прогрес не стоїть на місці та створює нові загрози для гідності та цілісності людської особистості, а в деякій мірі навіть загрожує життю і здоров'ю людей.

Вперше законодавче регулювання комерційного донорства було зроблене в Італії в 1967 р., коли відповідний закон заборонив виплату будь-яких винагород або компенсацій за надання живими донорами нирок. В даний час в законодавстві про трансплантацію зарубіжних країн склалася наступна ситуація. Правові норми, що забороняють торгівлю людськими органами, закріпили в своєму законодавстві наступні держави: у американському регіоні – Аргентина, Болівія, Бразилія, Канада, Чилі, Колумбія, Коста-Ріка, Куба, Домініканська Республіка, Еквадор, Гватемала, Гондурас, Мексика, Панама, США (федеральний закон, у всіх штатах і окрузі Колумбію), Венесуела; у європейському регіоні – Австрія, Бельгія, Данія, Італія, Люксембург, Румунія, Іспанія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Угорщина, Швейцарія, Туреччина, Сполучене Королівство Великобританії і Північної Ірландії. Аналогічні положення закріпили в своєму законодавстві країни Східного Середземномор'я – Кіпр, Ірак, Кувейт, Ліван, Сирійська Арабська республіка, Туніс; країни африканського регіону – Алжир, Малаві, Південно-Африканська Республіка, Зімбабве; країни регіону Південно-східної Азії – Індонезія, Шрі-Ланка і країни регіону західної частини Тихого океану – Австралія (у всіх штатах і територіях) і Сінгапур [1, с.124].

Тобто, можна підсумувати, що міжнародна спільнота стоїть проти комерціалізації трансплантації і донорства органів і тканин людини, але все ж таки є певні країни, де не так відчутний вплив міжнародного права з цих питань.

На сьогодні стрімко шириться так званий «трансплантаційний туризм»: багаті пацієнти виїжджають для пересадження органів і тканин у ті країни, де права донорів не захищено належним чином, зокрема в Індію, Іран, Китай, Молдову, Туреччину, Румунію, Єгипет, Болівію, Перу та Філіппіни. Найчастіше на донорство йдуть емігранти, біженці, солдати, а також молоді та наївні люди. Адже саме бідність, безробіття, голод, борги є тими факторами, які штовхають людей на продаж своїх органів або тканин. На сьогодні найбільшими країнами-імпортерами донорських органів у світі є: США, Ізраїль, Канада, Саудівська Аравія, Італія та Японія. На думку експертів, у багатьох країнах є чорний ринок органів, зокрема у Великій Британії, Україні, Росії, Туреччині, Молдові, Єгипті та ін. [2, с.265].

Як зазначає науковець Долгокерова О.В. питання про винагороду за донорство є дискусійним в медичній і юридичній літературі. Одні вважають, що оскільки потреби та інтереси особистості визнаються вищим критерієм, змістом соціального розвитку суспільства, то людина вільна в реалізації своїх прав стосовно власного організму, вільна в прийнятті рішення про відчуження своїх органів або тканин, може правомірно розпоряджатися фрагментами свого організму і, таким чином,

вільна у виборі їхнього покупця. Такий підхід визнає можливість комерціалізації трансплантології. Він засновується на ставленні до трансплантатів як до речей, а людина має право розпоряджатися ними на свій розсуд як товаром. Під цю точку зору підводиться й економічне обґрунтування причин виникнення і розвитку нелегального ринку трансплантатів: заборона продажу органів і тканин не може знецінити їх товар, але заважає людям – власникам органів (живим або сім'ям померлих донорів) дізнатись про їх реальну економічну цінність. У результаті багато людей змушені або обходитись без легальних трансплантатів і звертатись до ділків чорного ринку, або залишатись без перспектив на вилучення і продовження життя. Відсутність легального ринку трансплантатів з цієї точки зору призводить до багатомільярдних втрат як у потенційних донорів, так і в реципієнтів. Прихильники такого підходу пояснюють своє ставлення до цієї проблеми турботою про десятки тисяч людей, які стоять в черзі на трансплантацію [3].

Другий підхід відкидає ставлення до органів і тканин людини як до речей. Шлях платного донорства, мабуть, здатен дещо збільшити кількість трансплантацій, що виконуються, однак такий підхід є неприйнятним із низки причин, а саме: заборона комерціалізації донорства міжнародно-правовими актами; низька поінформованість населення у цьому питанні та моральна неготовність суспільства в цілому до такого запровадження; недостатнє фінансування; неможливість на даному етапі розвитку державності в Україні забезпечити надійний механізм організації та нагляду за такою діяльністю [3].

Дуже цікаві дослідження з приводу можливості продажу органів зробив американський дослідник Марк Дж. Черрі. Він стверджує, що вільний ринок нирок, насправді, є законним і гуманним способом для закупівлі та розподілу людських органів. Це може бути навіть більш справедливим і більш сумісним з багатьма західними релігійними і філософськими традиціями, ніж існуюча благодійна основа. У своїй праці він уважно вивчає аргументи проти вільного ринку частин тіла, в тому числі і твердження, засновані на моральних поглядах Джона Локка, Іммануїла Канта і Фоми Аквінського, і зазначає, що вони занурені у міф, спрощення, і мають викривлену логіку. Замість того, щоб зосереджуватися на передбачуваній експлуатації людини людиною та ірраціональній «моральній відразі» продажу органів, ми повинні зосередитися на порятунку життів. Спираючись на роботи філософа Роберта Нозіка, він доводить, що частини тіла є цінностями в ряду гуманітарних цінностей рівності, свободи, альтруїзму, соціальної солідарності, людської гідності, більш успішно підтримуватиметься регульованим ринком, а не системою оманливих заборон [4, с. 375].

Отже, загалом в нормах міжнародного права, і в законодавстві держава закріплює заборону комерціалізації трансплантації і донорства органів і тканин людини, чим в своє чергу сприяє розвитку «чорного» ринку органів і тканин, і дає привід замислитися: чи є такий напрямок розвитку виправданий, і чи можливо потрібно змінити ставлення до даної проблеми.

Література:

1. Міщук І.В. Інформаційна регламентація міжнародно-правових актів трансплантації органів і тканин людини // “Правова інформатика”.- № 3-4(31) / 2011.- с.124-130

2. Ілляшенко О.В. Міжнародно-правові стандарти захисту від незаконної торгівлі органами та тканинами людини // Науковий вісник Національної академії вчених України з прав.- №4/2013.- с.265-274

3. Долгокерова О.В. Узаконення торгівлі людськими органами: за і проти // Кримінальне право та криминологія.- с.342 [режим доступу]. – електронний ресурс: http://law.univ.kiev.ua/images/abook_file/conf2011_kp_dolhokerova.pdf

4. Волкова О. О. Актуальні питання міжнародно-правового регулювання трансплантації // Часопис Київського університету права. – №4/ 2011.- с.371-375

Убийвовк В.І.,

студент 43 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ДОТРИМАННЯ УКРАЇНОЮ ОРГУСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ У СФЕРІ ЗАХИСТУ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕКОЛОГІЧНИХ ПРАВ ЛЮДИНИ

В умовах сучасного розвитку суспільства, екологічні права людини є однією з важливих соціальних цінностей, що повинні забезпечуватися з боку держави.

На думку Гетьмана А.П. та Костицького В.В., екологічні права людини сформувалися внаслідок поетапного усвідомлення міжнародного співтовариства нагальної необхідності не лише в збереженні й ефективному використанні ресурсної бази навколишнього природного середовища, а й створення всеможливих умов для забезпечення та захисту екологічних прав громадян [3, с.70].

Тому, розгляд даного питання є особливо важливим оскільки ратифікація Україною Конвенції Європейської Економічної Комісії ООН «Про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля» від 25 червня 1998 року у м. Орхусі (далі – Орхуська конвенція) мала б була сприяти безпосереднім змінам у сфері екологічних прав громадян як на рівні нормативно-правового закріплення так і фактично, на практиці, однак й досі ніяких суттєвих змін у законодавстві України з приводу цього питання так і не було здійснено, тому виникає необхідність у розгляді основних проблем що стосуються реалізації Орхуської конвенції в Україні та шляхів їх вирішення.

Як влучно зазначає Медведєва М.О., про незадовільний стан реалізації Орхуської конвенції свідчить зростаюча кількість судових справ, як правило, ініційованих громадськими природоохоронними організаціями проти органів державної влади України. Науковець для прикладу наводить справу Благодійного фонд «ЕкоПраво-Львів» проти Бродиводоканалу від 2001 р., справу «ЕкоПраво-Київ» проти Міністерства охорони навколишнього природного середовища і Державного комітету лісового господарства України від 2007 р. та судову справу «ЕкоПраво-Київ» проти Державного комітету лісового господарства України 2007 р. [4, с. 49] з огляду на те, що дійсно, у кожній з цих справ міститься порушення України, які стосуються недотримання міжнародних зобов'язань, зокрема Орхуської Конвенції від 25.06.98 року.

Не можливо не залишити поза увагою й досвід міжнародної спільноти щодо того, яким чином вирішується питання зі захисту та забезпечення екологічних прав людини. А саме, мова йде про розглянуту Європейським судом з прав людини справу «Гуерра та інші проти Італії» від 19 лютого 1998 року. У вище згаданій справі особлива увага зосереджена на дотриманні принципу субсидіарності громадян Італії, за яким передбачений встановлений порядок забезпечення та захисту встановлених екологічних прав державою. Заявники скаржилися на те, що Італія не забез-

печила місцеве населення інформацією про ризики, які пов'язані з діяльністю хімічного заводу, а також не передбачила процедури отримання інформації та порядку відшкодування збитків у разі настання аварії і це зумовило необхідність ретельного дослідження ризиків, що виникають у зв'язку з діяльністю небезпечних об'єктів, у тому числі і об'єктів ядерної енергетики [5, с.197].

З огляду на вище зазначену справу, розглянуту Європейським судом з прав людини, можна зробити висновок, що проблема захисту екологічних прав людини, в першу чергу, полягає в незабезпеченні екологічних прав людини безпосередньо державою, в її ігноруванні цих прав до виникнення, як ми бачимо вище, судового спору. Для України така ситуація є особливо актуальною адже за допомогою вдосконалення законодавства з використанням практики Суду та імплементації відповідних міжнародно-правових норм на національному рівні можливо уникнути проблем, з якими стикнулися позивачі по справі «Гуерра та інші проти Італії».

З огляду на зміст положень Орхуської Конвенції, можна з впевненістю стверджувати про те, що вона дійсно закріпила основне екологічне право – те, що кожен громадянин має повноцінне право на доступ до будь-якої екологічної інформації і таке право передбачає й можливість в отриманні такої інформації на запит, й обов'язок державних органів збирати та мати у своєму розпорядженні екологічну інформацію, також обов'язок самостійно розповсюджувати таку інформацію у певних випадках тощо.

Дійсно, відповідно до загальних положень вище зазначеної Конвенції, а саме п.1 ст. 3: кожна зі Сторін здійснює необхідні законодавчі, регулятивні та інші заходи, включаючи заходи щодо досягнення відповідності положень, які регламентують порядок виконання положень цієї Конвенції, стосовно інформації, участі громадськості та її доступу до правосуддя, а також відповідних заходів для забезпечення умов їх застосування, для створення і підтримки чіткої, прозорої та злагодженої структури для виконання положень цієї Конвенції.

Однак, як показує практика, реалізація положень Україною даної Конвенції так і не була здійснена, що призвело до визнання України країною, що не дотримується її вимог на третій нараді сторін Орхуської конвенції 2008 року[2, с. 1].

Тому, можна зазначити, що захист екологічних прав громадян має обов'язково здійснюватися в нашій державі на основі імplementованих у законодавство міжнародно-правових норм, зокрема положень Орхуської Конвенції від 25.06.1998 року та прийняття ряду актів та визначення напрямів державної політики з даного питання. Необхідно здійснити низку організаційно-правових дій щодо дійсної практичної реалізації положень Орхуської конвенції для забезпечення та захисту екологічних прав громадян в нашій державі, як наприклад, посилити контроль за здійсненням екологічних прав людини за Конвенцією органами державної виконавчої влади з питань довкілля за рахунок видання та реалізації відповідних підвідомчих актів.

Література:

1. Конвенція про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля (Орхуська Конвенція) від 25.06.1998 р., ратифікована Законом України N 832-XIV від 06.07.1999 р. // Офіційний вісник України. – 2010. – № 33. – Ст. 1191.

2. Іванюта С. Аналітична записка: «Оцінка ступеня імплементації у національному законодавстві і використання можливостей ратифікованих Україною міжна-

родних природоохоронних документів» // Національний інститут стратегічних досліджень при Президентіві України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/569/>.

3. Гетьман А.П., Костицький В.В. Екологічні права людини в національній міжнародній правовій доктрині // Проблеми законності. – 2013. – Вип. 124. – С. 68-80.

4. Медведєва М.О. Реалізація міжнародних стандартів із забезпечення процесуальних екологічних прав людини в Україні // Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки. – 2014. – Т. 155. – С. 49-51.

5. Іванець І.П. Концепція захисту екологічних прав через призму практики європейського суду з прав людини // Наше право. – 2013. – № 10. – С. 195-200.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Федорченко Д.В.,

студент 41 групи,

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХОРОНЕННЯ ТВЕРДИХ ПОБУТОВИХ ВІДХОДІВ

Однією з найбільш серйозних екологічних проблем України сьогодні, можна вважати недосконалість регламентованого на законодавчому рівні порядку поводження із твердими побутовими відходами (далі – ТПВ). Внаслідок чого здійснюється забруднення навколишнього природного середовища та відбувається розповсюдження інфекційних захворювань. Такі суттєві недоліки в правотворчій системі не забезпечують реалізацію права громадян на безпечне для життя і здоров'я довкілля.

Слід відзначити, що надзвичайно шкідливий вплив від неправильного поводження з твердими побутовими відходами спостерігається в останні роки, а тому наукових напрацювань стосовно вирішення існуючої проблеми майже немає. У зв'язку з цим виникає необхідність дослідження правового регулювання цього питання, а також його процесуальної сторони.

За ст. 1 Закон України «Про відходи»: тверді відходи – це залишки речовин, матеріалів, предметів, виробів, товарів, продукції, які не можуть у подальшому використовуватися за призначенням. У цій статті, також, закріплене визначення побутових відходів – відходи, що утворюються в процесі життя і діяльності людини в житлових та нежитлових будинках (тверді, великогабаритні, ремонтні, рідкі, крім відходів, пов'язаних з виробничою діяльністю підприємств) і не використовуються за місцем їх накопичення.

Тобто, можна зазначити, що тверді побутові відходи – це залишки речовин, матеріалів, предметів, виробів, товарів, продукції, а також великогабаритні, ремонтні відходи, що утворилися в процесі життєдіяльності людини в житлових та нежитлових будинках й не можуть у подальшому використовуватися за призначенням.

Окрім того, цей Закон надає і не менш важливе для розуміння визначення поняття «поводження з відходами», відповідно до ст. 1 зазначеного нормативно-правового акта, це дії, спрямовані на запобігання утворенню відходів, їх збирання, перевезення, сортування, зберігання, оброблення, перероблення, утилізацію, видалення, знешкодження і захоронення, включаючи контроль за цими операціями та

нагляд за місцями видалення. Виходячи із вказаних положень, робимо висновок, що одним із способів поводження з ТПВ є захоронення.

Відповідно до п. 5 Постанови КМУ «Про затвердження Програми поводження з твердими побутовими відходами» майже всі побутові відходи захоронюються на полігонах. В Україні й у багатьох інших країнах захоронення промислових і побутових відходів відноситься до компетенції органів місцевого самоврядування, тому більшість смітників має муніципальну приналежність. Згідно з п. в ч. 1 ст. 21 Закону України «Про відходи»: органи місцевого самоврядування у сфері поводження з відходами забезпечують створення полігонів для їх захоронення. Однак, через відсутність спеціалізованих підприємств у сфері поводження з твердими побутовими відходами та санкціонованих звалищ відходів, ТПВ, як правило, скидаються у природні рельєфні утворення – балки, яри, чи долини річок, що становить екологічну небезпеку, оскільки стічні води, насичені забруднюючими речовинами, потрапляють у водні об'єкти.

На сьогодні, відповідно до п. 1 Постанови КМУ «Про затвердження Програми поводження з твердими побутовими відходами»: у населених пунктах країни щороку накопичується близько 35 млн. куб. метрів твердих побутових відходів, які захоронюються на 770 полігонах загальною площею майже 3 тис. гектарів та частково утилізуються на сміттєспалювальних заводах. Щорічно ця цифра зростає ще на сімсот-вісімсот тисяч тонн. За інформацією Міністерства екології та природних ресурсів, загальна площа всіх полігонів з відходами вже займає 4% території України. На основі п. 6 зазначеної Постанови визначаємо, що найбільші площі під полігони зайняті в Дніпропетровській – 140 га, Донецькій – 330 га, Одеській – 195 га, Запорізькій – 153 га, Луганській області – 129 га. Переважна їх більшість працює в режимі перевантаження, тобто з порушенням проектних показників щодо обсягів накопичення відходів. Практично ні на одному з них не знешкоджується фільтрат (п. 5 зазначеної Постанови). Відповідно до Академічного тлумачного словника [1, с. 597]: фільтрат – це рідина, пропущена через фільтр, тверді частинки якої втрачають свою шкідливу дію. Проникнення його до ґрунту та ґрунтових вод може призвести до значного забруднення навколишнього середовища. Тому полігони є масштабним джерелом інтенсивного забруднення атмосфери та підземних вод, небезпечний ефект від яких може бути наявний на відстані десятків кілометрів від звалища.

Для подолання негативних змін, що склалися в навколишньому природному середовищі через захоронення ТПВ, у 2013 році була прийнята Концепція Загальнодержавної програми поводження з відходами на 2013-2020 роки, яка передбачає орієнтовний обсяг грошових коштів, спрямованих на її виконання. Він становить близько 4655,9 млн. гривень. Така сума може забезпечити лише часткове виконання Програми, а тому – інші засоби вирішення існуючої екологічної проблеми так і залишаться декларативними.

Розв'язання проблеми, що склалася у сфері поводження з твердими побутовими відходами, можливо шляхом:

1) відмови від захоронення як найбільш неефективної технології поводження з твердими побутовими відходами;

2) перехід на стандарти Європейського Союзу в аспекті найперспективнішого подолання негативного впливу відходів на навколишнє середовище, шляхом промислової їх переробки;

3) стимулювання притоку інвестицій у сфері поводження з відходами, завдяки залученню малого і середнього бізнесу. В Україні малі підприємства успішно переробляють деякі види відходів у товарну продукцію. Ліцензування цього виду діяльності не передбачається;

4) створення відповідно до ст. 22 ЗУ «Про відходи» єдиного спеціального центрального органу виконавчої влади, на який покласти повноваження щодо управління і контролю у сфері поводження з відходами.

Отже, подолання шкідливого впливу від захоронення ТПВ можливе, варто лише імплементувати прогресивні положення європейського законодавства в національний правопорядок щодо переробки відходів. Завдяки цьому відбудеться розвиток малого та середнього бізнесу, збільшиться дохідна частина Державного бюджету, зменшиться територіальний відсоток зайнятих під полігонами земель і, як наслідок, покращиться екологічна ситуація в аспекті зниження забрудненості земель, атмосферного повітря і водних об'єктів.

Література:

1. Словник української мови: в 11 томах. – Том 10. – 1979. – С. 597.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Фисун Р.С.,

студент 43 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН ЛЮДИНИ

На сьогоднішній момент в країнах усього світу існує різний рівень розвитку трансплантології. В 1999 році було прийнято Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини». Відповідно до положень цього закону, зазначається порядок та умови застосування трансплантації, метою якого є забезпечення додержання захисту прав людини, її гідності при трансплантуванні органів від донора до реципієнта.

Трансплантація – це спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини.

Проблемним питанням є моральні та етичні аспекти трансплантології від померлого. У кожного є право на те, щоб дати згоду або відмовитися від донорства. Якщо померлою людиною не було вирішено, стосовно даного питання, то таке рішення приймають чоловік чи дружина або близькі родичі, котрі мають спадкоємні права на забір органів потенційного донора. Відповідно до ст. 16. Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», якою передбачена можливість забору органів та інших анатомічних матеріалів у донора-трупа за умови, якщо дієздатна і повнолітня людина за життя заявила про згоду або незгоду на посмертний забір органів. Якщо ж такої заяви немає, то цю згоду можна отримати у близьких родичів, котрі проживали з нею до смерті. Така ситуація має негативний характер, а отже і призводить до суперечок.

Експерименти по пересадці органів людини почалися з досліджень Алексис Карель ще в 1912 році. Поступово після Другої світової війни хірургічна пересадка набула популярності та почала активно застосовуватись. Протягом останніх 50 років дана практика використовується майже в усьому світі.

Український хірург Ю. Ю. Вороной у 1933 році виконав першу в світі клінічну трансплантацію на основі теоретичних та практичних знань про клітинно-тканинну трансплантацію Н. Ф. Філатова.

У зв'язку із постійними відкриттями вчених відбувається вдосконалення медичних технологій, завдяки яким кожного дня вдається врятувати сотні тисяч життів. Особлива увага привертається подоланню відторгнення трансплантатів.

У розвинутих країнах трансплантація органів застосовується для лікування різноманітних захворювань нирок, печінки, серця, легенів, кишечника тощо.

В Україні заклади охорони здоров'я, які мають право проводити діяльність пов'язану з трансплантологією можна поділити на такі групи, ті що:

- 1) пов'язані з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині (11 закладів);
- 2) пов'язані з трансплантацією органів людині (4 заклади);
- 3) пов'язані з трансплантацією тканин людині (21 заклад);
- 4) пов'язані з трансплантацією клітин людині (22 заклади);
- 5) пов'язані з трансплантацією тканин та клітин людині при опікових ураженнях (31 заклад);
- 6) пов'язані з вилученням органів у донорів-трупів (118 закладів);
- 7) пов'язані з вилученням анатомічних матеріалів у донорів-трупів для подальшої трансплантації тканин та виготовляти біоімплантанти (77 закладів).

Незважаючи на велику кількість закладів охорони здоров'я, що працюють в цьому напрямку, в Україні проводиться дуже мала кількість операцій порівняно з іншими країнами. Це зумовлено декількома критеріями:

По-перше, негативним ставленням та відмовою від співпраці з трансплантатційними центрами керівників комунальних підприємств.

По-друге, через брак коштів для розвитку і відсутність єдиного науково-практичного центру, який був би обладнаний до міжнародних стандартів.

По-третє, відсутність єдиної контролюючої та організуючої державної служби.

По-четверте, незнання персоналом нормативно-правової бази і недостатнє викладання трансплантології у вищих навчальних закладах.

Отже, можна зробити висновок, що трансплантація дуже важлива для суспільства, оскільки вона може дати шанс на життя людям, котрі цього потребують. Якщо усунути усі перелічені недоліки та ті, які не були названі, в Україні може існувати трансплантологія без гальмування та на користь людям в значній кількості.

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

*Харченко Я.Є.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЩОДО ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Господарська діяльність в Україні пов'язана із певними вимогами та обмеженнями, одним із яких виступає ліцензування. У цьому контексті актуальним є питання ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оскільки дотримання фармацевтичними організаціями ліцензійних умов провадження діяльності у сфері виробництва і обігу лікарських засобів є одним із головних завдань держави у сфері охорони здоров'я.

Вищевказане питання регулюється низкою нормативних актів, зокрема, Конституцією України, Господарським кодексом України від 16.01.2003 № 436-IV, Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 № 222-VIII, Законом України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII, Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 № 4004-XII, Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 № 60/95-ВР та підзаконними актами.

Відповідно до ст. 14 Господарського кодексу України, ліцензування є одним із засобів державного регулювання у сфері господарювання, спрямований на забезпечення єдиної державної політики у цій сфері та захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів. У п. 10 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» вказано, що ліцензуванню підлягає виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) – з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про лікарські засоби». Крім того, у ч. 1 ст. 10 Закону України «Про лікарські засоби» зазначено, що виробництво здійснюється фізичними або юридичними особами на підставі ліцензії, що видається в порядку, встановленому законодавством.

Ліцензія – єдиний документ дозвільного характеру, який надає право на здійснення господарської діяльності з виробництва лікарських засобів на усій території України. У ч. 2 ст. 10 Закону України «Про лікарські засоби» вказується перелік підстав для видачі ліцензії на виробництво лікарських засобів. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 № 723. Ліцензійними умовами визначається порядок видачі, переоформлення та анулювання ліцензії на виробництво, оптову та роздрібною торгівлю лікарськими засобами та загальноорганізаційні вимоги до ліцензіатів. Окрім того, Ліцензійні умови визначають спеціальні вимоги до виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, кваліфікаційні та інші вимоги до персоналу, що займається виробництвом лікарських засобів (в умовах аптеки), оптовою та роздрібною торгівлею лікарськими засобами та особливості провадження діяльності аптечних кіосків.

Перелік документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 04.07.2001 № 756.

Наразі проблемним є питання державного регулювання та контролю ліцензування виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Згідно із чинним законодавством фармацевтичну діяльність в Україні регулює Державна служба з лікарських засобів, яка знаходиться в процесі реорганізації, унаслідок чого не функціонує. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів від 05.08.2015 р. №609 «Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» функції, які раніше належали Держлікслужбі, покладаються на нову структуру – Державну службу з лікарських засобів та контролю за наркотиками, яка по суті ще не уведена в дію. Як зазначає доктор фармацевтичних наук, Заслужений працівник охорони здоров'я

України Володимир Руденко, як наслідок, «виникає загроза появи на ринку недобросовісних учасників, які захочуть скористатися ситуацією, щоб провадити діяльність без ліцензії» [1].

Окрім того, 13.07.2015 р. на публічне обговорення був винесений проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)», який містить вагомі відмінності від Ліцензійних умов, затверджених наказами МОЗ від 31.10.2011 р. № 723 та від 20.02.2013 р. № 143. Ці зміни стосуються, зокрема:

1) можливості видачі ліцензії у електронній формі – запис про наявність ліцензії у такого суб'єкта господарювання в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців;

2) розширення переліку видів діяльності, які підлягають ліцензуванню. Крім передбачених трьох видів діяльності – виробництво лікарських засобів, оптова торгівля лікарськими засобами, роздрібна торгівля ліками – до переліку додана діяльність з промислового виробництва ліків, виробництва ліків в умовах аптеки та імпорту препаратів крім активних фармацевтичних інгредієнтів;

3) розширення переліку вимог та документів, необхідних для отримання ліцензії. Так, для отримання ліцензії для зайняття фармацевтичною діяльністю суб'єкт господарювання має подати заяву за формами, що затверджені Ліцензійними умовами. У заяві мають бути зазначені усі місця, через які здобувач ліцензії має намір провадити господарську діяльність, яка ліцензується. З цієї метою до заяви необхідно додавати підтверджувальні документи щодо кожного місця провадження виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню.;

4) встановлення кваліфікаційних вимог до Уповноваженої особи суб'єкта господарювання, зокрема до суб'єкта господарювання, який здійснює промислове виробництво лікарських засобів;

5) можливості переходу права на здійснення виду господарської діяльності, на який отримано ліцензію, від ліцензіата до його правонаступника (п. 1.26 Проекту);

6) обов'язку ліцензіата протягом терміна дії ліцензії зберігати документи або копії документів, які подавалися до органу ліцензування та документи, що підтверджують достовірність даних, що зазначалися здобувачем ліцензії в документах, які подавалися до органу ліцензування [2].

Отже, на нашу думку, затвердження уніфікованих ліцензійних умов, які регулюватимуть одразу всі види діяльності, що пов'язані з ліками, має сприяти реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захисту інтересів пацієнтів та створенню належних умов для забезпечення населення лікарськими засобами відповідної якості.

Література:

1. С. Тернова. Наразі в Україні фармацевтична галузь неконтрольована... / Газета МОЗ України і галузевої профспілки «Ваше здоров'я» [Режим доступу]: <http://www.vz.kiev.ua/narazi-v-ukra%D1%97ni-farmaceutichna-galuz-nekontrolovana/>

2. Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів

(крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» [Режим доступу]: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150713_0.html

Науковий керівник – д.ю.н., доц. В.М. Пашков

Худолій Т.І.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВА ВЛАСНОСТІ НА ВОДНІ ОБЄКТИ

Водний кодекс України (далі – ВК України) не передбачає можливості надання водних об'єктів у приватну власність. Однак земельним законодавством передбачено інше. Метою роботи є аналіз колізійних питань водного та земельного законодавства в цьому аспекті на запропоновання шляхів їх вирішення.

Відповідно до ст. 6 ВК України [1, Ст.189]: води (водні об'єкти) є виключно власністю Українського народу і надаються тільки у користування. Український народ здійснює право власності на води (водні об'єкти) через Верховну Раду України, Верховну Раду Автономної Республіки Крим і місцеві ради. За ст. 59 Земельного кодексу України [2, Ст.27]: землі водного фонду можуть перебувати у державній, комунальній та приватній власності (ч. 1). Громадянам та юридичним особам за рішенням органів виконавчої влади або органів місцевого самоврядування можуть безоплатно передаватись у власність замкнені природні водойми (загальною площею до 3 гектарів). Власники на своїх земельних ділянках можуть у встановленому порядку створювати рибогосподарські, протиерозійні та інші штучні водойми (ч. 2).

Ученими у сфері екологічного права неодноразово зверталась увага на проблеми законодавчого врегулювання питань стосовно визначеного законодавством права приватної власності на водні об'єкти. Зокрема наголошувалось, що ЗК України, втрутившись у водні відносини, надав право приватної власності на замкнені природні водойми (загальною площею до 3 га), тобто на безстічний або зі спільним стоком поверхневий водний об'єкт. Поняття «замкнений водний об'єкт» за ст. 1 ВК України трактується як природна або штучно створена водойма, не зв'язана з іншими водними об'єктами (крім водоносних горизонтів). Фактично такими об'єктами є озера – природні западини суші, заповнені прісними або солоними водами (ст.1 Водного кодексу України). Анісімова Г.В. наголошує, що ситуація з так званими «приватними ставками» і «приватними берегами» з кожним роком погіршується, а існуючі обмеження вільного доступу до водних об'єктів громадян для задоволення власних потреб порушують права людини [3]. Тому це питання потребує належного законодавчого врегулювання.

Проектом Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення порядку здійснення єдиним джерелом влади в Україні (народом) права володіти, користуватися та розпоряджатися водними об'єктами, у тому числі замкненими природними водоймами № 2368 від 21.02.2013р. пропонувалось встановити, що безоплатне надання за рішеннями органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування громадянам та юридичним особам у власність замкнені природні водойми загальною площею до трьох гектарів, чи в оренду земельні ділянки із земель водного фонду, можливе лише у разі позитивного результату місцевого референдуму з цих питань [5].

З цього приводу Головне науково-експертне управління ВРУ зазначило, що питання посилення гарантій прав громадян щодо вільного доступу до природних

ресурсів, у тому числі водних об'єктів, для культурно-оздоровчих та рекреаційних цілей мають вирішуватися в інший, ніж передбачений у проекті, спосіб, насамперед шляхом удосконалення правових норм, котрі мають забезпечувати збереження традиційних місць відпочинку громадян, шляхів доступу до пляжів та інших рекреаційних територій, передбачати чіткі вимоги, що враховують екологічні інтереси громадян при забудові територій, які межують з рекреаційними зонами. Зокрема, це стосується і згаданої статті 59 Земельного кодексу України, аналіз положень якої, насамперед тих, якими встановлена можливість передачі у приватну власність природних водойм, на думку Головного управління, дає підстави для сумніву щодо їх відповідності статті 13 Конституції України [5]. Хоча ст. 13 Конституції України передбачає право власності Українського народу на природні ресурси взагалі та на водні зокрема.

У деяких країнах, питання приватної власності врегульовані в кодифікованих актах водного законодавства. Так, наприклад, відповідно до ст. 34 ВК РФ: муніципальна і приватна власність допускається тільки на відособлені водні об'єкти. Відокремлені водні об'єкти можуть належати на праві власності муніципальних утворень, громадянам та юридичним особам відповідно до цивільного законодавства [4].

Вважаємо, що слід узгодити положення ЗК та ВК України щодо права приватної власності на відповідні об'єкти.

На основі викладеного можна дійти висновку, що співвідношення норм права власності на природні ресурси потребує окремого правового дослідження. Прогаolini і невідповідність правового регулювання породжують не лише правові колізії, а стають причинами неоднозначної правозастосовної практики, результатами якої може бути порушене проголошене Конституцією України, охоронюване законом право власності на природні ресурси.

Література:

1. Водний кодекс України від 06.06.1995 № 213/95-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 24. – Ст.189.

2. Земельний кодекс України від 25.10.2001 № 2768-III // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 3-4. – Ст.27.

3. Анісімова, Г. В. Законодавчі проблеми забезпечення права загального природокористування [Електронний ресурс] / Г. В. Анісімова // Теорія і практика правознавства : електрон. наук. фах. вид. Нац. ун-ту «Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого». – Х., 2013. – Вип. 1. – Режим доступу: http://nauka.jur-academy.kharkov.ua/download/el_zbimik/1.2013/Anis.pdf.

4. Водный кодекс Российской Федерации [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.randewy.ru/prot/vodkod2.html>

5. Висновок Головного науково-експертного управління ВРУ щодо Проекту Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення порядку здійснення єдиним джерелом влади в Україні (народом) права володіти, користуватися та розпоряджатися водними об'єктами, у тому числі замкненими природними водоймами № 2368 від 21.02.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=45844

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

*Цвєтков І,
студент 46 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПРОБЛЕМИ ВИРОБНИЦТВА ІННОВАЦІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

На сьогоднішній день фармацевтична промисловість в Україні має нагальну потребу збільшення виробництва власних оригінальних лікарських засобів, що зможуть конкурувати з високоартісними імпортованими ліками, матимуть високу ефективність і безпечність, стануть у фінансовому плані загальнодоступними для громадян та посприяють значному підвищенню стану охорони здоров'я в Україні. Тому дане питання є дуже актуальним, і доцільним є дослідження проблем виробництва інноваційних лікарських засобів в Україні.

Щоб визначити, які саме лікарські засоби вважаються оригінальними (інноваційними) звертаємося до наукової праці Н.Я. Головенко, який зазначає, що інноваційні – це ліки, що вперше отримали дозвіл на маркетинг на підставі документів, які підтверджують їхню ефективність, безпеку тощо [1, с. 60]. В іншій статті вчених С.Ю. Штриголь та О.В. Товчига визначено, що оригінальним називається раніше невідомий, тобто вперше створений та випущений на фармацевтичний ринок фірмою-розробником або патентовласником лікарський препарат, який пройшов повний цикл доклінічних і клінічних випробувань та має патентний захист активних компонентів на певний період часу [2, с.15].

Наукову групу характеристик, які властиві інноваційним препаратам, описав у своїй праці В.М. Пашков – фармацевтичні, споживчі і медичні. Група фармацевтичних характеристик включає: нові або модифіковані активні речовини і комбінації речовин; принципово нові або вдосконалені лікарські форми; нові технології одержання активних речовин лікарських форм; спрямовану доставку лікарської речовини до біологічної мішені (орган, тканина, клітина, рецептор); підвищену біодоступність діючої речовини; регульоване вивільнення (місце, швидкість, тривалість) тощо [3, с.210].

Проблема інноваційного розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі, яка у світі є найбільш наукоємною і прибутковою галуззю економіки, є дуже актуальною. Проте нехтування розвитком української фармацевтичної науки призвело до того, що вітчизняна фармацевтична галузь фактично повністю перейшла на виробництво «генериків» – повторення застарілих і тому неконкурентних лікарських засобів. Ринок фармпрепаратів в Україні заповнила надзвичайно дорога продукція зарубіжних фірм, недоступна значній частині населення. Це має вкрай негативні соціальні наслідки і є причиною величезних економічних втрат: фактично населення України вимушене інвестувати в зарубіжну фармацевтичну науку для підтримання її конкурентоздатності більше коштів, ніж вкладається в усю вітчизняну науку [4, с.11].

В праці д.ю.н. В.М. Пашкова визначено, що одним із основних чинників стримування поширення в Україні оригінальних патентованих препаратів є їх висока ціна та собівартість. До чинників, які негативно впливають на ефективність інновацій у фармацевтичній промисловості, належать відсутність або низький рівень фінансування, висока кредитна ставка, високий економічний ризик, недостатня інформація про стан фармацевтичного ринку, труднощі із сировиною та матеріалами і застаріле виробниче обладнання. Тобто співвідношення прямих і непрямих фінансових методів стимулювання інноваційного розвитку підприємств передусім визначається

економічним потенціалом держави. Так, в умовах дефіциту державного бюджету в Україні пріоритет повинен надаватися таким непрямим фінансовим методам, як податкова, амортизаційна, кредитна, цінова політика держави, впровадження про-текційоністських заходів[5, с.128].

За дослідженнями фахівців, на фармацевтичному ринку у структурі інноваційних витрат основним джерелом фінансування інноваційної діяльності на фармацевтичних підприємствах (майже 90 %) є власні кошти. Саме тому постає питання щодо залучення інших шляхів фінансування інноваційної діяльності у фармацевтичній промисловості [5, с.133].

Однією з форм фінансування впровадження результатів наукових розробок у країнах ЄС та у США є венчурний капітал. При цьому процес венчурного фінансування супроводжується підвищеним ступенем ризику порівняно з іншими альтернативними джерелами фінансування, високими нормами доходу та ступенем залучення венчурного інвестора у процесу правління проінвестованої компанії. Уважають, що перевагою інвестування венчурним капіталом є отримання у повному обсязі фінансування, необхідного для всіх видів діяльності з упровадження розробки. Проте в Україні спостерігається недостатність умов для створення національних венчурних фондів, які б акумулювали кошти національних інвесторів і здійснювали б успішне інноваційне інвестування на постійній основі [5, с.133 – 134].

Не можна не погодитися з працею С.О. Васильцова, який зазначає, що незначна частка оригінальних лікарських засобів у структурі виробництва вітчизняних підприємств пояснюється перш за все тривалістю розробки (до 10 років), їх частістю і як наслідок, зростання ризику науково-дослідної діяльності таринкових ризиків. Тому термін окупності інвестицій може розтягнутися на десятиліття, цей факт має негативний вплив на діяльність підприємства[6, с.174].

Разом з тим, серед обов'язкових елементів інноваційної привабливості інновацій в галузі фармацевтики є: безпечність, соціальна цінність, пріоритетність сегменту, універсальність, науково-технічна новизна, технологічність, ефективність (економічна, соціальна, екологічна, інформаційна) тощо[6, с.175].

В процесі своєї наукової діяльності вчений В.М. Пашков зазначив, що також до недоліків інноваційної діяльності у промисловому фармацевтичному секторі можна віднести недосконалість державної законодавчої політики у сфері охорони здоров'я щодо спрямування перш за все на забезпечення обов'язкового запровадження в лікувальному процесі нових оригінальних препаратів із більш високими лікувальними властивостями (безумовно, з дотриманням вимог фармакоеконіміки), а не генеричних, що втратили право патентного захисту [5, с. 134].

Отже, можна зробити висновок, що основними проблемами у сфері виробництва оригінальних інноваційних лікарських засобів в Україні є : низька фінансова зацікавленість виробників лікарських засобів, щодо розробки та впровадження таких, відсутність інвестиційного клімату у цій сфері, недосконалість державної підтримки та державних програм фармацевтично-інноваційної діяльності.

Література:

1. Головенко Н.Я. «Філософія» фармацевтичних інновацій /Головенко Н.Я.// Вісн. НАН України. – 2012/ № 3 – с. 59 – 66
2. Штриголь С.Ю. Товчига О.В. Оригінальні та генеричні препарати // Науково-практичний журнал « Рациональна фармакотерапія». – №4(25)/2012. – с. 15-18

3. Пашков В.М. Інноваційна складова ринку лікарських засобів: проблеми господарсько-правового забезпечення // Вісник Національної академії правових наук України. – №3 (74) 2013. – с. 204 – 213

4. Соболева Т. О. Управління формуванням та реалізацією інноваційного потенціалу підприємства (за матеріалами фармацевтичних підприємств) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами» / Т. О. Соболева. – 2008. – 20 с.

5. Пашков В.М. Господарсько-правові аспекти промислового виробництва-інноваційних лікарських засобів // Проблеми господарського права. – Вісник № 4 (67)/2011. – с.126 – 136

6. Васенцов С.О. Проблеми формування портфелів інноваційно-інвестиційних проєктів на переробних підприємствах // Вісник НТУ «ХП». 2014.- № 32 (1075)/2014. – с. 174 – 180

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

Чальцев Д.В.,

студент 45 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ

Відносно мала кількість теоретичних напрацювань, а також недосконалість законодавства України у сфері охорони атмосферного повітря і як наслідок низька ефективність правозастосування, зумовлює більш детальний аналіз проблем, які виникають під час регулювання відносин у сфері охорони атмосферного повітря.

Головними нормативно-правовими актами, які регулюють відносини у сфері охорони атмосферного повітря є Закони України «Про охорону навколишнього природного середовища» [1, Ст. 546] та «Про охорону атмосферного повітря» [2, Ст. 678].

У ст. 1 Закону України «Про охорону атмосферного повітря» зазначається, що охорона атмосферного повітря – система заходів, пов’язаних із збереженням, поліпшенням та відновленням стану атмосферного повітря, запобіганням та зниженням рівня його забруднення та впливу на нього хімічних сполук, фізичних та біологічних факторів.

На загальнотеоретичному рівні охорона атмосферного повітря визначається як комплекс заходів економічного, санітарно-гігієнічного, планувально-будівельного, організаційного, наукового, технологічного, технічного та іншого характеру, спрямованих на гарантування й забезпечення збереження, відтворення, особливого режиму охорони та використання атмосферного повітря з метою запобігання погіршенню його стану та настання інших наслідків, які є небезпечними для життя і здоров’я людей, а також встановлення юридичної відповідальності за порушення вимог законодавства про охорону атмосферного повітря [3, с. 10].

Так, проводячи порівняння цих двох дефініцій, можна побачити, що законодавче визначення включає в себе такі елементи як заходи щодо збереження, поліпшення і відновлення стану атмосферного повітря а також заходи щодо рівня його забруднення – запобігання і зниження такого забруднення, а також впливу на стан атмосферного повітря хімічних сполук, фізичних та біологічних факторів.

Тоді як наукове визначення охорони атмосферного повітря також включає в себе вище зазначені елементи змісту законодавчого визначення охорони атмосфер-

ного повітря, але в свою чергу, передбачає відповідальність за порушення вимог законодавства про охорону атмосферного повітря.

Звернімося до міжнародного досвіду при регулюванні цього питання. Так, Закон «Про охорону і формування природного середовища» від 31.01.80р. Республіки Польща, визначає таке поняття охорони повітря як запобігання перевищення допустимої концентрації шкідливих речовин у повітрі, а також зменшення цих речовин, які підприємства, автотранспортні засоби та інші джерела забруднення викидають у атмосферу.

Виходячи з цього визначення, законодавець пішов шляхом перерахування декількох видів джерел забруднення повітря. Складно вести мову про запровадження і в національному законодавстві такої практики, оскільки умови виробництва і взагалі суспільство є дещо іншими і таке перерахування може залишити поза увагою проблемні аспекти у регулюванні охорони досліджуваного об'єкта.

Таким чином, підводячи підсумок вище закріпленого, можна зазначити, що законодавчий і теоретичний підходи до визначення поняття охорони атмосферного повітря є дещо різними, що, з одного боку, є позитивним аспектом оскільки є певна теоретична база для майбутніх напрацювань, а з іншого боку, така різниця може лише заплутати пересічного громадянина при з'ясуванні даного питання. Стосовно різниці правового регулювання охорони атмосферного повітря на національному рівні та за кордоном, то це, швидше за все, зумовлено особливостями конкретної країни.

Література:

1. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 № 1264-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – № 41. – Ст. 546.
2. Про охорону атмосферного повітря: Закон України від 16.10.1992 № 2707-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1992. – № 50. – Ст. 678.
3. Права охорона атмосферного повітря за законодавством України: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.06 / В. К. Рибачек; Нац. акад. наук України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького. – К., 2010. – 20 с.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Чернишова А.А.,

студент 43 групи,

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

МІЖНАРОДНО ПРАВОВИЙ ДОСВІД РЕГУЛЮВАННЯ ЕВТАНАЗІЇ

Проблема евтаназії є однією з найбільш актуальних і невирішених проблем сучасності. Неоднозначні погляди на це питання викликали його суперечливу юридичну оцінку, що відображається у різному нормативному закріпленні евтаназії. Питання щодо цього явища викликає дуже багато дискусій, законодавче регулювання відрізняється в різних країнах, а погляди різних вчених взагалі можуть категорично протиставлятися між собою різні наукові думки щодо евтаназії.

Загалом під евтаназією розуміють «легку» смерть, тобто будь-яку дію або бездіяльність, що призводить до смерті та має за мету усунення болю та страждань невеличково хворих людей на їх прохання. Розрізняють евтаназію активну і пасивну. При активній евтаназії смерть невеличково хворій особі заподіюється з метою припинення її страждань лікарем шляхом введення цій особі лікарських засобів у надмірній дозі чи інших засобів або вчинення інших дій, що призводить до настання

смерті такої особи. Тому цей вид евтаназії називають іноді «методом наповнення шприца» [1, с.15].

Науковець В. І. Цимбалюк, підтримує думку, що у правових доктринах сучасності немає єдиного погляду на питання евтаназії. У своїй праці він висвітлює те, що такі вчені, як С. Стеценко, Н. Козлова, А. Зябров, виступають категорично проти легалізації евтаназії, стверджуючи, що це може призвести до численних зловживань. Інші (В. Глушков, Н. Мінеллі) обґрунтовують, що право на евтаназію належить відволі людині, яка сама здатна вирішувати питання, що стосуються її життя і здоров'я, а також пов'язують це з правом особи на самовизначення. Ще одна група авторів (Г. Романовський, М. Малєїна, М. Малєїн) стверджують, що право на смерть логічно випливає з права на життя і є його складовою [2, с.108].

Відповідно неоднозначні погляди на евтаназію можна побачити і в законодавстві різних країн, в тому числі виділити й національне законодавство.

В Україні законодавство містить норми, у відповідності до яких заборонено будь-яку форму евтаназії. Стаття 52 Основ законодавства про охорону здоров'я України передбачає, що медичні працівники зобов'язані надавати допомогу у повному обсязі хворому, який перебуває у критичному для життя стані. Пункт 2 ст. 52 забороняє пасивну евтаназію, а п. 3 ст. 52 забороняє й активну евтаназію, де зазначається, що медичним працівникам «забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковнохворого з метою припинення його страждань». Заборона евтаназії також передбачена ч. 4 ст. 281 ЦК України, де зазначається, що задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя забороняється.

Якщо звернутися до європейського досвіду, то тут можна знайти дещо інші погляди на евтаназію, зокрема деякі країни легалізували це явище.

Піонером легалізації добровільної смерті в Європі стали Нідерланди. Природний розвиток легалізації цього процесу закінчився ухваленням у квітні 2001 р. відповідного закону про легалізацію евтаназії (будь-якої з її форм), який набув чинності 01.01.2002 року. Цим законом встановлюються обов'язкові для виконання лікарями критерії, за яких існує можливість здійснення евтаназії. Лікар зобов'язаний: переконатися, що прохання пацієнта добровільне й обдумане; упевнитися, що страждання пацієнта нестерпні й немає жодної перспективи поліпшення стану його здоров'я; інформувати пацієнта про його стан наданий момент і про подальший прогноз; прийти разом з пацієнтом до висновку, що немає іншої альтернативи; проконсультуватися ще хоча б з одним незалежним фахівцем, який повинен оглянути пацієнта й дати письмовий висновок; надати належні медичне обслуговування й увагу при здійсненні евтаназії. Бельгія стала другою країною в Європі, що легалізувала евтаназію. Закон, що набув чинності 23.09.2002 р. і заснований перш за все на голландському досвіді, має також і свої особливості. Цікавий досвід щодо даної проблеми можна почерпнути із законодавства Швейцарії, якому не має конкретного закону про декриміналізацію евтаназії. Проте її Кримінальний кодекс (ст.114) визначає, що особа, яка вчинила вбивство із співчуття до жертви, не підлягає покаранню. А в ст.115 Кодексу вказується, що зазначене діяння, вчинене з егоїстичного мотиву, тягне за собою покарання. У 2004-му році Франція стала третьою європейською країною, яка легалізувала евтаназію. Депутати Національних зборів країни практично одноголосно схвалили законопроект, що легалізує пасивну евтаназію [3, с.460 – 461].

Все ж таки у більшості країн Європи евтаназія залишається кримінально караним злочином, і тільки в декількох країнах була легалізована, що означає в більшій мірі негативне відношення європейців до «легкої смерті».

Цікаве правове регулювання евтаназії у США. У 1977 р. в штаті Каліфорнія (СІНА) післябагаторічних референдумів було прийнятоперший у світі закон «Про право людини насмерть», згідно з яким невиліковно хворимлюдам надавалося право оформити документпро їх бажання відключити реанімаційну апаратуруза певних умов. Однією з умов здійсненняевтаназії повинен бути висновок психіатрапро осудність пацієнта, а Американськаасоціація психіатрів при цьому забороняє їчленам брати участь в подібних процедурах. Інша обов'язкова умова полягає в тому, щопровадити евтаназію має тільки лікар, причому, Американська медична асоціація ухвалиларішення про заборону евтаназії, оскількилікари не повинні бути катами. Але все ж таки в деяких штатах евтаназія дозволена [4, с.5].

Зокрема, якщо повернутися до питання легалізації евтаназії в Україні, то як зазначає Н. Болотіна, що з погляду сучасного розвитку українського суспільства впровадження евтаназіїяк форми впливу, нехай навіть і щодо безнадійних хворих, не має під собою достатнього підґрунтя, оскільки неможливо належнимчином визначити правомірність здійснення евтаназії та ймовірністьзловживань з боку медичного персоналу. До того ж необхідно враховувати і неадекватну оцінку того, що відбувається, хворими, якіперебувають у вкрай важкому стані. Медичні технології дозволяютьзараз активно боротися з патологічними станами, лікування якихще 10–15 років тому було досить проблематичним[5,с.52]. Я повністюпогоджуємося з думкою вченого і вважаю, що евтаназія ні в якомуразі не повинна бути легалізована в Україні, оскільки у наших правових реаліях це може призвести до того, що велика кількістьубивств буде замаскована під евтаназію.

Отже, питання евтаназії є досить складним і дискусійним, але спираючись на міжнародний досвід, на стан розвитку України, як правової, демократичної та соціальної держави, реалії сьогодення можна зробити висновок, що наше суспільство не готове до легалізації, навіть пасивної евтаназії. Тільки після досягнення рівня справжньої цивілізованої, демократичної, правової держави, удосконалення всіх соціальних інститутів, можна буде вирішувати питання щодо впровадження евтаназії.

Література:

1. Олейник О. Этические и правовые аспекты евтаназии / О. Олейник // Юрид. практика. – 2009. – № 48. – 28 нояб. – с. 13-27
2. Цимбалюк В. І. Проблеми встановлення кримінальної відповідальності за евтаназію/ Цимбалюк В. І. // Наукові дослідження. – № 28. – 2014. – с. 107-114
3. Мірошніченко О. А. Евтаназія та право людини на життя у міжнародному та національному праві / О. А. Мірошніченко // Форум права. – 2012. – № 3. – С. 459 – 464 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2012-3/12moatnp.pdf>
4. Эвтаназия: за и против // Здоровье Украины: Мед. газ. – 2012. – № 8. – с. 14
5. Медичне право України : зб. нормат.-прав.актів / упоряд. і наук. ред. Н. Б. Болотіна. – К. : Ін Юре, 2001. – с. 211.

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

*Черних Є.П.,
студент 42 групи,
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ЗАСАДИ ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Право на охорону здоров'я є базовим в системі соціальних прав. Здоров'я населення в цілому і кожної людини зокрема як члена суспільства має визначальне значення для існування і розвитку держави. Це визнано Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН.

Набутий Україною гіркий досвід став наслідком деякої однобокості поглядів на державне регулювання та управління господарюванням у сфері охорони здоров'я, відсутності загального наукового супроводу, що унеможливило виконання завдань, окреслених Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, Указом Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення".

Питання державного регулювання господарських відносин у сфері охорони здоров'я досліджували у своїх працях Л. М. Дешко, О. Е. Зекий, Л. І. Куц, В. М. Пашков, В. М. Рудий, Р. Б. Салман та інші науковці.

На сьогодні в Україні господарські відносини у сфері охорони здоров'я знаходяться на стадії реформування, втілення нових європейських тенденцій. У Великій Британії, Іспанії, Італії, Фінляндії, Швеції, а також у деяких країнах Центральної та Східної Європи і країнах СНД вдало розроблена концепція і забезпечення функціонування організованого і керованого державою ринку відіграли визначальну роль у перебудові систем охорони здоров'я. Незважаючи на позитивні результати, ці країни продовжують пошук шляхів реформування державного регулювання у сфері, що розглядається. Сьогодні в Україні триває пошук "моделі" державного регулювання та управління господарюванням у сфері охорони здоров'я, що вимагає відповідного наукового підґрунтя, якого, на жаль, сучасна вітчизняна господарсько-правова наука ще не виробила [1, с.160]. Ретельне вивчення всіх здобутків і прорахунків регулювання господарювання у сфері охорони здоров'я в іноземних державах допоможе уникнути деяких упереджених і хибних підходів, характерних для сучасної української практики.

Господарській діяльності у сфері охорони здоров'я характерні такі властивості, як цілеспрямованість всіх дій на забезпечення різноманітних потреб населення у сфері охорони здоров'я, системність здійснення таких дій, що об'єднує їх в одне ціле, постійність, тривалість [2, с. 7]. Правове забезпечення таких ознак у господарських відносинах досягається шляхом проведення збалансованої та ефективної державної соціально-економічної політики. На думку В. М. Пашкова, в Україні державна політика щодо регулювання сфери охорони здоров'я є суперечливою та непослідовною [3, с. 64]. Досить багато проблем виникає саме через незадовільний економічний стан. Адже господарські відносини у сфері охорони здоров'я потребують значного фінансового забезпечення, підтримки, що на даний час є досить великою проблемою.

В Україні держава відіграє провідну роль у регулюванні та управлінні господарюванням у сфері охорони здоров'я, а центральним органом, що їх здійснює, є Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України). Найважливішими законодавчими актами, які визначають завдання і повноваження цього органу є

Основи законодавства України “Про охорону здоров’я в Україні” від 19 листопада 1992 р. [4, ст. 19], Положення про Міністерство охорони здоров’я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. [5]. Як випливає з цих актів, на МОЗ України як профільний центральний орган виконавчої влади у цій сфері покладено завдання формування державної політики і стратегії розвитку галузі, а також їх реалізації на практиці. Це призводить до створення замкненої бюрократичної системи, яка замість виконання поставлених перед нею завдань і функцій, через відсутність зовнішнього контролю, працює сама на себе. А так як наша країна зараз активно бореться з бюрократичною системою, і сфера охорони здоров’я не виключення, то слід переглядати повноваження Міністерства охорони здоров’я для врегулювання існуючої ситуації та не змінювати взятий курс на децентралізацію, так як буде більше простору для діяльності суб’єктів господарювання, покращення економічної ситуації у зазначеній сфері.

Отже, підсумовуючи усе вище викладене можна зробити висновок, що найбільший недолік полягає у нерівномірному розподілі обов’язків державних органів у сфері охорони здоров’я, що призводить до погіршення економічного становища суб’єктів господарювання у цій сфері, та порушення у діяльності відповідних органів, побудови незаконних шляхів діяльності.

Література:

1. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров’я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія / Передмова і заг. ред. Н.Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ. – 2001. – 360 с.
2. Дешко Л. М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров’я : автореф. дис.... канд. юрид. наук : 12.00.04 / Л. М. Дешко ; Донецький нац. ун-т. – Донецьк, 2010. – 20 с.
3. Пашков В. М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров’я : автореф. дис.... д-ра юрид. наук: 12.00.04 / В. М. Пашков ; Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого. – Х., 2010. – 37 с.
4. Основи законодавства України про охорону здоров’я: Основи законодавства від 19 листопада 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – Ст. 19.
5. Положення про Міністерство охорони здоров’я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. // www.rada.gov.ua (в останній раз відвідувалося 20 вересня 2007 р.).

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

Чишко С.С.,

студент 42 групи,

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВА НА ЛІКАРСЬКУ ТАЄМНИЦЮ

Збереження лікарської таємниці є одним із основних моральних і етичних принципів медицини, в якому проявляється діалектичне співвідношення особистого і суспільного. Слід зазначити, що лікарська таємниця охоплює не саме вказане співвідношення, а лише один його бік – ставлення лікаря до інтересів хворого та інтересів суспільства [1, с. 10].

Медична деонтологія стверджує, що поряд із іншими спеціалістами лікар особливо часто виявляється обізнаним у найбільш інтимних відомостях, які отримує від хворих. І останні повинні бути впевненими у суворому їх збереженні. Не ви-

падково довіра лікарю популяризувалась з давніх часів, що підтверджує індійське прислів'я: «Можна боятися брата, матері, друга, але лікаря – ніколи» [1, с. 15].

За повідомленнями газетних звітів, на одному з диспутів, що відбулися у Москві у січні 1928 р., наркомздрав Н.А. Семашко так обмалював існуючу на той час позицію: «Ми дотримуємося курсу на повне зруйнування лікарської таємниці. Лікарської таємниці не повинно існувати. Міністерство охорони здоров'я СРСР у своєму циркулярному листі вимагало не тільки суворого дотримання встановленого порядку, а й звернуло особливу увагу, на те щоб лікарі не видавали її через свою надмірну балакуність [3, с. 15].

Лікарська таємниця, як один із видів професійної таємниці (поряд з адвокатською, таємницею сповіді тощо), покликана захищати законні права та інтереси особи. Стаття 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначає, 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 його результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законом випадків. Цей вид таємниці регулюється також низкою законодавчих і нормативно-правових актів, у тому числі й міжнародними документами [1, с. 15].

Обґрунтованими слід визнати погляди тих вчених, які визначають, що змістом лікарської таємниці є відомості про сам факт звернення особи за медичною допомогою, хворобу (діагноз, перебіг, прогноз); застосовані методи лікування та їх ефективність; особу, яка звернулася за допомогою – її минуле, зв'язки, фізичні і психічні вади, інтимні зв'язки тощо; сім'ю хворого, домашній устрій життя. Таким чином, інформацію, яку може отримати лікар, можна поділити на інформацію про хворобу та інформацію про особисте життя пацієнта. Загальна декларація прав людини 1948 року є одним із перших документів, прийнятих Організацією Об'єднаних Націй (далі – ООН) з метою міжнародно-правового сприяння забезпеченню прав і свобод людини [4, с. 125]. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права серед широкого переліку прав і свобод закріпив заборону свавільного чи незаконного втручання в особисте і сімейне життя особи, посягання на честь та репутацію, таємницю кореспонденції. В Пакті зазначено, що «Кожна людина має право на захист закону від таких посягань» (ст. 17).

17 липня 1997 р. Україна ратифікувала Європейську конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. Перший протокол та протоколи № 2, 4, 7, 11 до Конвенції займають особливе місце в правовому регулюванні кримінально-процесуальної діяльності. Так, вказана Конвенція забороняє катування (ст. 2), закріплює право на повагу до приватного і сімейного життя (ст. 7): «кожен має право на повагу до приватного і сімейного життя, до житла і до таємниці кореспонденції. Органи державної влади не можуть втручатися у здійснення цього права інакше, ніж згідно із законом і коли це необхідно в демократичному суспільстві в інтересах національної і громадської безпеки або економічного добробуту країни, з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або з метою захисту прав і свобод інших осіб» [2, с. 670].

Крім зазначених, права і свободи людини, що повинні забезпечуватися під час розслідування злочинів, та певною мірою стосуються забезпечення лікарської таємниці, закріплені й у інших міжнародно-правових документах. Україна як державучасниця наведених міжнародних документів взяла на себе зобов'язання вряховува-

ти передбачені цими актами положення при розробці кримінально-процесуального законодавства, у практичній діяльності з розслідування злочинів, а також при підготовці відповідних кадрів правоохоронних органів [3, с. 15].

Печерський районний суд м. Києва у справі №2-А-216-1/06 за адміністративним позовом громадянки Побережець С.Ю. до Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України про визнання незаконним та невідповідним правовим актам вищої юридичної сили спільного наказу зазначених установ «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності» від 03.11.2004 р. № 532/274/136 ос/1406 (з1454 04). У своєму позові лікар Світлана Побережець оскаржувала законність вимоги подавати в листку непрацездатності інформацію про діагноз особи та код захворювання за Міжнародною Класифікацією Хвороб, оскільки це порушує конституційні права громадян України на приватність. Судова колегія попри заперечення адміністративних відповідачів, які посилалися зокрема на п. 3.2. зазначеної інструкції, з якого вбачається можливість лікаря з деонтологічних міркувань змінювати формулювання діагнозу у листку непрацездатності, задовольнила позовні вимоги у повному обсязі. Оскаржуваний нормативно правовий акт було визнано частково нечинним. Відповідно до рішення суду подання інформації про діагноз особи суперечить таким нормативно правовим актам вищої юридичної сили: Конституції України, Європейській Конвенції про захист прав людини та основних свобод, Основам законодавства України про охорону здоров'я, Цивільному кодексу України, закону України «Про інформацію», загальний зміст яких полягає у праві на таємницю про стан здоров'я. Незважаючи на те, що на сьогодні зазначені нормативні акти є чинними у відповідних частинах, рішення Печерського районного суду у справі щодо листків непрацездатності – суттєвий прецедент захисту приватної інформації в Україні [1, с. 14].

Вітчизняне законодавство потребує чіткої інструкції збереження медичної таємниці, переліку та форм документів про передання таких відомостей, дозволів суб'єктів первинної медичної інформації, зобов'язань медичних працівників про нерозголошення медичної таємниці. Слід перетворити декларативні норми на реальні факти притягнення недобросовісних медичних працівників до юридичної відповідальності за порушення режиму медичної таємниці.

Забезпечення охорони лікарської таємниці засноване на відповідних принципах, гарантіях та умовах. Звідси, входження України повноправним членом до європейської та світової спільноти потребуватиме, відповідно, напруженої роботи щодо вдосконалення і приведення вітчизняного законодавства до європейських і світових стандартів, а також неухильного виконання правових норм щодо охорони лікарської таємниці.

Література:

1. Право людини на забезпечення лікарської таємниці: міжнародно-правовий аспект / С. В. Кузьмичова, О. В. Александренко // Юридична наука. – 2013. – № 9. – С. 7-13.
2. Правове регулювання інституту лікарської таємниці (українська історія та міжнародний досвід) / І. В. Шатковська // Форум права. – 2009. – № 3. – С. 669-676.

3. Проблеми захисту права на лікарську таємницю / А. Г. Чечіль // Юридична наука. – 2015. – № 3. – С. 14-20.

4. Історія розвитку протидії незаконному розголошенню лікарської таємниці / Л. К. Карпенко // Наше право. – 2013. – № 7. – С. 122-128.

5. Плаксін В., Охорона лікарської таємниці її вирішення на практиці // Право України, 1996.-№1.- с.14-17.

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

Шишко І.М.,

студент 45 групи,

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого.

СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ДОСТУП ДО ЕКОЛОГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Конституційне право на безпечне для життя і здоров'я довкілля, встановлене ст. 50 Основного Закону України, є одним із основоположних та невідчужуваних прав кожної людини, метою якого є охорона навколишнього природного середовища, раціонального використання природних ресурсів, забезпечення екологічної безпеки життєдіяльності людини. Законом України «Про охорону навколишнього природного середовища», а саме ст. 9 встановлено, що кожний громадянин України має право на вільний доступ до інформації про стан навколишнього природного середовища (екологічна інформація) та вільне отримання, використання, поширення та зберігання такої інформації, за винятком обмежень, встановлених законом.

Право на інформацію про стан довкілля на міжнародному рівні найбільш повно та детально регламентовано Конвенцією про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля (Орхуська конвенція), ст.ст. 4 та 9 якої встановлено, що держава підписуючи дану конвенцію зобов'язується забезпечити надання екологічної інформації запитуючій стороні в повному обсязі, а в разі, якщо особа вважає, що її запит з отримання інформації було проігноровано, неправомірно відхилено частково чи повністю, неадекватно задоволено або підхід до розгляду такого запиту не відповідає даній конвенції, держава гарантує такій особі доступ до процедури розгляду прийнятого рішення в суді. З положень, які наведені в конвенції можна зробити висновок, що обов'язком держави є не тільки забезпечити відповідь на запит, що стосується екологічної інформації, а й забезпечити процедуру оскарження рішення вразі отримання відмови.

Поняття інформації про стан довкілля (екологічної інформації) можна визначити посилаючись на ч. 1 ст. 13 Закону України «Про інформацію» де вказано, що це інформація та/або дані про: стан складових довкілля та його компоненти, включаючи генетично модифіковані організми, та взаємодію між цими складовими; фактори, що впливають або можуть впливати на складові довкілля; стан здоров'я та безпеки людей, умови життя людей, стан об'єктів культури і споруд тією мірою, якою на них впливає або може вплинути стан складових довкілля; інші відомості та/або дані. Також у ч. 3 ст. 13 цього Закону вказується на неможливість віднесення даної інформації до інформації з обмеженим доступом, що є важливою гарантією захисту даного права від незаконних обмежень. На дану гарантію звертає увагу Вищий господарський Суд України у Оглядовому листі від 12.06.2014р., де вказує, що інформація про стан довкілля є відкритою і не може бути віднесена до інформації з обмеженим доступом. В обґрунтування своєї позиції суд вказує на ст. 9 та на ч. 1

ст. 251 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища». Вишевикладені положення законодавства свідчать про незаконність будь-якого обмеження доступу до екологічної інформації як фізичними так і юридичними особами незалежно від форми власності, крім випадків передбачених законом.

Незважаючи на конституційне закріплення права на екологічну інформацію та на гарантії, передбачені національними нормативно-правовими актами, це право досить важко реалізувати, оскільки громадяни в більшості випадків не можуть отримати достовірної та повної екологічної інформації. Прикладом може слугувати ухвала Вишого адміністративного суду України від 03.09.2015р. у справі № К/800/9799/15, в якій міжнародна благодійна організація «Екологія-Право-Людина» (надалі-ЕПЛ) подала позов до уряду України про доступу до інформації щодо умов надання надр України для видобування сланцевого газу іноземними корпораціями. ЕПЛ ініціювала судові процеси, маючи на меті отримання доступу до самої угоди про розподіл продукції та дозвільних документів, виданих компанією Шелл, інформація в яких не може бути засекречена від громадськості. При підписанні угоди про розподіл продукції із компанією Шелл уряд вирішив віднести положення даної угоди до конфіденційної інформації. Вищий адміністративний суд підтвердив незаконність віднесення інформації про дозвіл на спецнадрокористування до службової інформації. Спеціальний дозвіл на користування надрами містить інформацію про розпорядження державним майном та про умови надання такого майна (надр) у довгострокове користування, і доступ до такого документа не може бути обмежено згідно національного законодавства.

Найдієвішим шляхом реалізувати право на доступ до екологічної інформації є звернення до судових органів, які своїм рішенням скасовують заборони щодо надання доступу до такої інформації запитуючій стороні. Ч. 1 ст. 9 Орхуської конвенції зобов'язує сторін, які її підписали забезпечити в разі порушення права на отримання екологічної інформації доступ до процедури перегляду такого рішення в судовому органі. Підставою для звернення до суду може бути не тільки ненадання такої інформації, але й неповне надання або порушення процедури надання інформації. Ч. 4 ст. 9 Орхуської конвенції зазначає, що захист прав громадян суд здійснює на підставі передбачених законом способів захисту екологічних прав громадян. На національному рівні способи захисту екологічних прав існують у вигляді загальних способів захисту цивільних прав, які передбачені в ст. 16 Цивільного Кодексу України. Про дієвість такого механізму реалізації права на доступ до екологічної інформації свідчить судова практика. Так, Донецький окружний адміністративний суд у своїй постанові від 10.08.2010 р. справа № 2а-17011/10/0570 задовольнив вимоги позивача до Державного управління охорони навколишнього природного середовища в Донецькій області про надання оформленого згідно з вимогами ст. 43 Закону України «Про екологічну експертизу» висновку державної екологічної експертизи, а саме завірених копій вказаного висновку та визнання дій Державного управління охорони навколишнього природного середовища в Донецькій області, а саме відмова у наданні копії висновку державної екологічної експертизи протиправними.

Також слід звернути увагу на справу, яка висвітлена в Оглядовому Листі Вишого господарського суду України від 12.06.2014р., де за рішенням місцевого господарського суду, з висновком якого погодився апеляційний суд у позові ЕПЛ про надання завірених копій документів, у яких обґрунтовуються обсяги викидів для отримання дозволу на викиди забруднюючих речовин у атмосферне повітря стаці-

онарними джерелами, та звіту з інвентаризації викидів забруднюючих речовин, на підставі яких підприємство отримало дозвіл на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами, виданий Державним управлінням охорони навколишнього природного середовища відмовлено.

Суди обгрунтовуючи свої рішення посилалися на те, що надання конфіденційної інформації підприємства, що може міститися в документах, у яких обгрунтовуються обсяги викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря і ознайомлення з якими вимагає Організація, не передбачено Орхуською конвенцією, а також Законами України «Про доступ до публічної інформації», «Про охорону навколишнього природного середовища» відмовляють у позові ЕПЛ про надання такої інформації. Скасовуючи рішення попередніх судових інстанцій та передаючи справу на новий розгляд, Вищий господарський суд України виходив, зокрема з такого, що інформація про стан довкілля є відкритою та не може бути віднесена до інформації з обмеженим доступом.

На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що незважаючи на численні порушення законодавства про доступ до екологічної інформації не тільки фізичними та юридичними особами приватного права, а й органами державної влади, які в силу своїх обов'язків повинні безперешкодно надавати таку інформацію, реалізація права на отримання повної, точної та достовірної екологічної інформації є можливим завдяки функціонуванню судової системи.

Шлапак А.В.,

студент 34 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПОНЯТТЯ ТА ІСТОТНІ УМОВИ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Ст. 1 Конституції України закріплює положення про те, що наша держава є демократичною, соціальною та правовою. Одним з проявів соціальної орієнтованості є законодавче закріплення права на медичну допомогу особи, що є базовим в системі соціальних прав людини. Крім того, у зв'язку з тим, що державна монополія на надання медичних послуг населенню змінилася введенням медичних послуг у вільний цивільно-економічний оборот, з'явилася велика кількість приватних медичних закладів. Метою діяльності таких установ є не лише охорона здоров'я населення, та надання послуг у зв'язку з цим, а і отримання прибутку. Через це важливим є укладення договору про надання платних медичних послуг, що надасть змогу і населенню, і приватним медичним установам (як сторонам такого договору) захищати свої права у лікувальному процесі.

Договір про надання медичних послуг є новелою вітчизняного законодавства, внаслідок чого виникають певні складнощі при з'ясуванні сутності, поняття та правової природи. В юридичній літературі існує не достатня кількість наукових праць. Окремі науковці, зокрема Крилова О.В., Майданець Р.А., Смотров О.І, звертають у своїх працях увагу на такий договір. Тому, необхідним є чітке розуміння сутності і значення даного виду договору як для теорії, так і для практики застосування.

Цивільний кодекс України не регламентує відносини по наданню платних медичних послуг. До такого виду договір застосовуються загальні положення цивільного законодавства про договори та правочини, якщо інше не передбачено спеціальним законодавством. Крім того, на відносини з надання платних медичних послуг

поширюють свою дію норми Закону України «Про захист прав споживачів» (так як предметом регулювання є відносини між послугодавцем і споживачем) та Основи законодавства про охорону здоров'я України.

Договір про надання платних медичних послуг передбачає надання відповідних послуг з боку професійно підготовленого послугодавача, яким є медичний заклад (медичний працівник не відноситься до суб'єктного складу, він виступає як представник медичного закладу). Отримувачем послуги виступає пацієнт, тобто людина, яка звернулася до медичного працівника чи закладу охорони здоров'я за медичною послугою та якій надається медична послуга [2, 63].

Договір про надання платних медичних послуг належить до групи договорів з надання послуг і характеризується як консенсуальний, взаємний (тобто на основі взаємного двостороннього погодження умов та волевиявлення осіб), двосторонній, оплатний, строковий та ризиковий. Ще однією характеристикою договору, що розглядається є його приналежність до публічних договорів. Це пов'язано з цінним аспектом і проявляється в тому, що у договорі виключена можливість зміни суб'єктом надання медичних послуг ціни стосовно конкретного громадянина [3, с. 116].

До змісту договору в широкому розумінні включають всі умови даного договору, визначені сторонами за своєю згодою. Виокремлюють істотні умови договору, з погодженням яких ст. 638 ЦК України пов'язує факт його укладення. Зміст договору щодо надання оплатних медичних послуг складають умови, сформульовані сторонами та необхідні для договорів даного типу.

Так як істотні умови договору про надання медичних послуг не є нормативно визначеними, необхідно використовувати загальні положення щодо змісту договору про надання послуг. Ними визнаються предмет, ціна та строк.

Предметом договору виступатиме по-перше, певна дія з боку медичного закладу щодо безпосереднього, фактичного надання послуги, по-друге передача винагороди (плати) пацієнтом та обов'язок виконувати всі вимоги медичного закладу, що забезпечують якісне надання медичних послуг [2, 64]. Предмет договору, в частині дій послугодавача, не включає до свого змісту такий результат лікування як завідомевилікування особи. Проте, якщо при укладенні такого договору медичний заклад гарантує досягнення результату звилікування особи, і це не настає, він нестиме цивільну відповідальність за порушення умови договору.

Ціна є істотною умовою будь-якого договору, в тому числі і договору про надання платних медичних послуг [3, с. 115]. Для суб'єкта надання медичних послуг оплатність виражається в отриманні винагороди або оплати за наданні медичні послуги.

Строковість даного виду договору має диспозитивний характер, що означає, що стороні самі вправі визначити строки виконання виходячи з кожного конкретного випадку. Договір може бути укладений на певний час, або, наприклад, на період виконання певної медичної послуги (зокрема, медичної процедури). Виходячи з консенсуальності договору, можна говорити що, строк дії договору починається з моменту його, а завершується після надання конкретної послуги або спливу обумовленого часу [5, 125].

Окрім приведених істотних умов сторони за взаємною згодою можуть визначити і інші умови, наприклад, щодо порядку оплати, стосовно сервісу, стосовно надання пільг або знижок тощо.

Отже, договір про надання платних медичних послуг – це підстава виникнення правовідносин з надання медичних послуг, відповідно до якої одна сторона (медичний заклад) зобов'язується надати, а інша сторона (пацієнт) зобов'язується прийняти та оплатити послуги. Істотними умовами договору виступають умови щодо предмету, ціни, сторін та строку договору.

Література:

1. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435–IV [Електронний ресурс] / Офіційний веб-сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

2. Майданик Р. А. Договір про надання медичних послуг // Медичне право. – 2010. – № 5(1). – С. 52–66.

3. Герц А. А. Ціна як істотна умова договору про надання платних медичних послуг / А. Герц // Юридичний вісник. – 2015. – № 1. – С. 115-118.

4. Смотров О. І. Договір щодо надання оплатних медичних послуг в умовах реформування галузі охорони здоров'я / О. І. Смотров // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. – 2001. – № Спец. вип. – С. 330-334.

5. Савченко В.О. Особливості змісту договору про надання медичних послуг // Вісник Харк. нац. універ. ім. В. Н. Каразіна. – 2013. – № 14. – С. 123-127.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Шупик Т.,

студент 41 групи

ПІО НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ ТА КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМ ВЛАСНОСТІ

Модель системи охорони здоров'я значною мірою визначається напрямом економічного розвитку держави. Розвиток ринкових відносин в Україні спрямовує діяльність лікувальних закладів у русло ринку медичних послуг. Таким чином, у нових економічних умовах для забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) доводиться знаходити нові механізми господарювання, які, перш за все, передбачають застосування ринкових важелів управління та забезпечення рентабельності діяльності ЗОЗ.

Актуальні теми. Стоматологічна поліклініка – це лікувально-профілактичний заклад, діяльність якого спрямована на профілактику стоматологічних захворювань, своєчасне виявлення та лікування хворих із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Для ефективної роботи лікаря-стоматолога велике значення має раціональна організація та сучасне технічне устаткування робочого місця, завдяки чому можна успішно діагностувати та лікувати стоматологічні захворювання, а також запобіжний та поточний санітарний нагляд стоматологічних закладів. Стоматологічна допомога – один з наймасовіших видів медичної допомоги населенню України, яка посідає в структурі амбулаторно-поліклінічної допомоги друге місце після звернень до лікарів-терапевтів. Сучасна стоматологія є високоспеціалізованим науковим і трудомістким соціально значущим виробництвом з чітко вираженою медико-клінічною, біологічною, організаційно-економічною та державно-управлінською специфікою. У загальній моделі реформування системи державного управління охороною здоров'я цей сектор медицини є одним з провідних, що потребує науково-

го обґрунтування його вдосконалення відповідно до сучасних вимог з урахуванням світового досвіду

Про важливість наукових досліджень різних аспектів проблеми правового регулювання медичної діяльності свідчать праці українських фахівців: С.В.Антонова, О.Є.Боброва, Н.Б.Болотіної, Р.Ю.Гревцової, Л.М.Дешко, Р.Х.Камалова, Д.В.Карамішева, Д.Ю.Медніса, В.Ф.Москаленка, Я.Ф.Радиша, І.Я.Сенюти, В.В.Синиці, С.Г.Стеценка та ін. Проте, незважаючи на широкий спектр зазначених вище й низки інших наукових праць, теоретичні та практичні аспекти правового регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні досліджене недостатньо.

Скорочення обсягів фінансування стоматологічних закладів за рахунок коштів державного бюджету негативно позначилось на їх економічному стані. Тому для забезпечення функціонування стоматологічних закладів в умовах ринкової економіки, необхідно запровадити новий господарчий механізм комерційного підприємства, з оптимальним поєднанням бюджетного і додаткового фінансування, і перейти на економічні методи управління.

Пошук податкових джерел фінансування стоматологічних закладів доцільно зосередити за такими напрямками:

1. Ринок платних стоматологічних послуг.

2. Ринок стоматологічних послуг у межах угод з громадянами, організаціями та адміністрацією тери-торії, причому стоматологічні заклади можуть надавати допомогу громадянам, за їх бажанням, на умовах підвищеної комфортності.

3. Ринок стоматологічних послуг у межах добровільного медичного страхування.

Стоматологічні заклади є адаптованими до вказаних напрямів додаткового фінансування. Це пов'язано, по-перше, з великим досвідом стоматологічних поліклінік у наданні платних послуг, по-друге, з можливістю швидше адаптуватись до ринку внаслідок надання монопрофільних послуг. Одним із напрямків діяльності стоматологічних закладів у нових умовах є маркетинг, який включає систематичний збір, реєстрацію та аналіз даних щодо ринку медичних послуг і товарів. Для завоювання сегмента на ринку медичних послуг стоматологічний заклад повинен вирішити такі завдання:

- проаналізувати існуючу у місті мережу стоматологічних закладів різних форм власності та умов їх діяльності;
- здійснити аналіз демографічної сегментації ринку стоматологічних послуг;
- отримати соціально-гігієнічну характеристику пацієнтів, які звернулись до стоматологічного закладу;
- сформулювати мету діяльності закладу та проаналізувати її структуру як основні параметри внутрішнього середовища організації;
- визначити форму, методи і організацію реклами стоматологічної допомоги при розвитку ринку стоматологічних послуг;
- проаналізувати формування штатів, підготовку та підвищення кваліфікації медичного персоналу у стоматологічному закладі;
- обрати оптимальну стратегію і тактику ціноутворення;
- розробити і застосувати оптимальний метод в управлінні і діяльністю стоматологічного закладу.

Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена

медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; реорганізація та ліквідація закладів охорони здоров'я, за ст. 1 якого введено мораторій на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, що включає: безпосередню ліквідацію лікарень, поліклінік, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів (у тому числі, які розташовані на території сільських та селищних рад) та інших медичних закладів державної та комунальної форм власності; реорганізацію закладів охорони здоров'я, що призводить до зміни їх головного призначення та/або скорочення кількості працівників і зменшення кількості ліжко-місць; інші форми реорганізації, направлені на закриття закладів охорони здоров'я та зменшення обсягів медичної допомоги населенню; скорочення режиму роботи медичних закладів.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Планування розвитку мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, прийняття рішень про її оптимізацію, створення, реорганізацію, репрофілювання державних і комунальних закладів охорони здоров'я здійснюються відповідно до закону органами,

Отож, створення у комунальних міських стоматологічних поліклініках госпрозрахункових відділень з надання терапевтичної та хірургічної стоматологічної допомоги за відсутності відповідної загальнодержавної політики в особі Міністерства охорони здоров'я України, як центрального органу державної виконавчої влади, суперечить Основам законодавства України про охорону здоров'я уповноваженими управляти об'єктами відповідно державної і комунальної власності. Реорганізація комунальних міських стоматологічних поліклінік неодмінно матиме вплив на трудові права адміністративного, медичного та обслуговуючого персоналу закладів охорони здоров'я, а відтак вимагає дотримання встановлених законом гарантій для працівників.

Питання створення у комунальному закладі госпрозрахункових відділень ускладнюється перешкодами у вигляді неможливості розмежування податкового та бухгалтерського обліку. Так, діяльність усіх бюджетних установ регламентується нормативно-правовими актами, що регулюють бюджетні відносини в Україні, головними з яких є Бюджетний кодекс та закон про Державний бюджет України на відповідний рік.

За п. 12 ч. 1 ст. 2 Бюджетного кодексу України бюджетні установи – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також організації, створені

ними у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевого бюджету. Бюджетні установи є неприбутковими.

Якщо комунальні міські стоматологічні поліклініки є бюджетними установами, то всі видатки на їх утримання повинні здійснюватись за рахунок загального та спеціального фондів бюджетів. Відповідно, така бюджетна установа не може мати у своєму складі госпрозрахункового відділення.

Висновки. Основним напрямом розвитку комунальних стоматологічних закладів в умовах ринкової економіки, дефіциту бюджетного фінансування, серйозної конкуренції з боку приватного сектора стоматології, є зміна організаційно-правової форми стоматологічних закладів, перетворення їх з безправних у самостійні господарюючі суб'єкти, які самі вирішують питання фінансування, оплати праці, матеріально-технічного постачання тощо. Процес такого реформування має йти за напрямками адаптації комунальних закладів до умов ринку, пошуку джерел фінансування, маркетингу, стратегічного управління і стратегічного планування.

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

Якушкін В.Г.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМУ

ЯК ОСНОВНЕ ПРАВО ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Медична допомога є об'єктом наукових досліджень у сфері цивільного права, конституційного права та права соціального забезпечення. Доречно зазначити, що деякі автори розглядають право на охорону здоров'я та медичну допомогу як єдину категорію [2, с.414].

У Рішенні Конституційного Суду України (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002, зазначено, що термін медична допомога широко вживається у національному законодавстві України, є певні його визначення ВООЗ, науковців, медичних університетів й академій. Але цілісна правова дефініція цього поняття у законах України відсутня, а тому потребує нормативного врегулювання. На думку Конституційного Суду України, поняття має бути визначено у законі [1, с. 278].

Конституція України у ст. 49 гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Право людини на медичну допомогу закріплено також і в ст. 284 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України) [1, с. 277]. У цивільному законодавстві України право на медичну (лікувально-профілактичну) допомогу посідає важливе місце серед особистих немайнових прав фізичної особи, що забезпечують її природне існування. Право на медичну допомогу в тому вигляді, в якому воно сформульовано в конструкції ст. 284 ЦК України, фактично складається із сукупності прав: право на надання медичної допомоги; право на вибір лікаря та методів лікування, право відмовитися від лікування [3, с.68]. У проєкті Закону України “Про захист прав пацієнтів” (зареєстрований від 06.12.2007 р.) гарантується право пацієнта на безпеку і якість медичної допомоги (ст. 5).

Досліджуване право знайшло своє відображення і у міжнародно правових стандартах. У ст. 13 Європейської соціальної хартії визначено право на соціальну і медичну допомогу. Цікавими видаються міжнародні стандарти у галузі охорони здоров'я, а саме Декларація про політику в царині дотримання прав пацієнта в Європі. Розділ 5 “Лікування та організація медичної допомоги” закріплює право лю-

дини на отримання медичної допомоги відповідно до стану її здоров'я, включаючи профілактику і лікувальну допомогу. У даному стандарті визначено також право пацієнтів на якісну медичну допомогу, що відповідає як високим технологічним стандартам, так і принципам людяності у ставленні між пацієнтом і надавачем медичних послуг [1, с. 277].

Окремі питання цієї проблеми досліджували вітчизняні та зарубіжні вчені М.С. Малеїн, М.М. Малеїна, В.Л. Попов, Н.П. Попова, О.О. Пунда, З.В. Ромовська, А.М. Савицька, А.В. Тихомиров, Є.О. Харитонов, К.Б. Ярошенко та інші.

Право на медичну допомогу та її здійснення стало об'єктом дисертаційного дослідження О.О. Прасова. Автор обґрунтовує, що медична допомога є медичною послугою, яка охоплює заходи, спрямовані на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент їхнього надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності. У широкому розумінні медичні послуги є діями медичних працівників, спрямовані на задоволення потреб людини стосовно здоров'я, у вузькому – дії медичних працівників, спрямовані на задоволення потреб людини стосовно здоров'я, які не охоплюються поняттям медична допомога [2, с.414].

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 ро ку № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями (далі – Основи) встановлює право кожного громадянина на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів і місця лікування (ст. 6, ст. 38 Основ) [4, с.242].

На мою думку, не зважаючи на те, що Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ “Про основи законодавства про охорону здоров'я” не розрізняє поняття “охорона здоров'я” та “медична допомога”, під останньою слід розуміти вид діяльності, що включає комплекс заходів та надається підготовленим медичним персоналом [6, с.175].

Право на доступність, тобто право на доступність медичних послуг, що необхідні пацієнту за станом здоров'я. Медичні служби повинні гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювань чи часу звернення за медичною допомогою. Це одне з прав, визначених у каталозі можливостей, визначених у Європейській Хартії прав людини (2002). Визначення доступності медичної допомоги міститься у Положенні про доступність медичної допомоги (1988).

Відповідно до Положення, найбільша доступність забезпечується за таких умов:

- кожному індивіду доступна необхідна йому медична допомога;
- забезпечена максимальна свобода вибору виконавців, системи надання допомоги і системи оплати, яка задовольняє різні потреби населення;
- інформованість, навчання й освіченість населення з усіх елементів, які стосуються доступу до допомоги;
- адекватна участь всіх сторін в розробці й управлінні системами.

У нашій державі право на доступність у каталозі прав людини у галузі охорони здоров'я закріплено у ч. 3 ст. 49 Конституції України, у якій зазначено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Аналіз даного права дає підстави визначити ті права, які становлять структурні елементи права на доступність. [1, с. 280]

Отже, на нашу думку, медична допомога – процес надання пацієнтам медичних послуг, спрямованих на забезпечення профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм та отруєнь, догляду та реабілітації у зв'язку з цими станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, що забезпечується лікарями, або медичними сестрами, іншим професійним медичним чи технічним персоналом під керівництвом лікаря. Це право включає у себе такі можливості, що гарантуються чинним законодавством України, як: 1) безоплатність медичної допомоги; 2) вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я; 3) заборона привілеїв та обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, замовними або іншими ознаками (зокрема, це стосується в аспекті надання допомоги населенню, яке проживає у сільській місцевості, населенню похилого віку тощо); 4) заборона дискримінації, пов'язаної із станом здоров'я

Література:

1. Сенюта І.Я. Право людини на медичну допомогу: Деякі теоретико-практичні аспекти / Ірина Ярославівна Сенюта // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення: II всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 квіт. 2008р.: зб. матеріалів / Відп. ред.: І.Я. Сенюта, Х.Я. Терешко. – Львів: Львівський Обласний Благодійний Фонд, 2008. – С.277-283.

2. Лупина О. М. До питання про поняття медичної допомоги в системі соціального забезпечення фізичних осіб / О. М. Лупина // Форум права. – 2012. – № 2. – С. 414-418.

3. Миронова Г. А. Право на медичну допомогу: цивільно-правова характеристика / Г. А. Миронова // Приватне право і підприємництво. – 2014. – Вип. 13. – С. 67-71. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Ppip_2014_13_21.pdf

4. Губський Ю.І., Царенко А.В., Скорина О.О., Сердюк В.Г., Бобров О.С., Вольф О.О.. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні // Право на медичну допомогу в Україні – 2008 / Харківська правозахисна група. – Харків: Права людини, 2009. – с.224-266

5. Роханський А. О. Деякі нотатки щодо нового проекту закону “Основ законодавства України про охорону здоров'я” / А. О. Роханський // Право на медичну допомогу в Україні – 2008 / Харківська правозахисна група. – Харків: Права людини, 2009. – с.25-36

6. Шматова Ю. О. Медична допомога в умовах надзвичайних ситуацій: проблемні питання її реалізації / Ю. О. Шматова // Митна справа. – 2013. – № 5(2.1). – С. 174-179

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

**НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ
ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ
МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО
ОБСЛУГОВУВАННЯ**

*Аббасова Д.Л.,
студент 21 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВОЮ ПРАВА
НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ В АСПЕКТІ ВАКЦИНАЦІЇ**

Обов'язок держави здійснювати діяльність у сфері розвитку системи охорони здоров'я і удосконалювати заходи профілактики окремих захворювань був зафіксований в основних документах ООН. Ці міжнародно-правові акти заклали основу права на охорону здоров'я.

Оскільки Україна проголосила активний курс на інтеграцію в європейську спільноту, принцип пріоритету прав людини, її життя і здоров'я має стати атрибутом у розвитку нашої держави. За роки незалежності в правову систему України було внесено низку змін, які визначають спрямованість держави у сфері охорони здоров'я, однак на сьогоднішній день ці нормативно-правові акти є лише проектами державного і соціального будівництва, яким так і не вдалося стати підвалинами громадянського суспільства. У чинному законодавстві залишається безліч відкритих питань, зокрема і щодо практичного здійснення профілактичних заходів стосовно зменшення інфекційних хвороб, які вимагають розробки і застосування відповідного законодавства, вагомих матеріальних витрат, а також ефективного коригування дій органів державної влади, медичних установ та організацій. [4, с.23]

Державна політика у сфері проведення заходів профілактики окремих захворювань регулюється Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000, Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 та Наказом МОЗ України № 48 від 03.02.2006 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

Одним із найважливіших заходів профілактики окремих захворювань є проведення вакцинації – введення антигенного матеріалу з метою викликати імунітет до хвороби, який запобіжить зараженню або ослабить його негативні наслідки. Відповідно до статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюку, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до Календаря щеплень. Вищезгаданий закон встановлює імперативну норму стосовно того, що діти, які не отримали ці щеплення не можуть бути прийняті до виховних, навчальних, оздоровчих дитячих закладів.

Однак на сьогодні в Україні виникають проблеми із плановою вакцинацією дітей через її гострий дефіцит. Вакцини від дифтерії і правця, які так потрібні дітям, майже відсутні як в державних так і в приватних медичних закладах, а на територіях Східного регіону України взагалі не проводяться щеплення. Це спричинено зовнішньополітичною ситуацією, у якій опинилася наша держава зі зміною законодавства

стосовно закупівлі вакцин іноземного виробництва. Відмовившись від вакцин з Росії, наша держава шукає вигідних для бюджету європейських партнерів, у той час як 80% дітей України чекають на щеплення проти інфекційних захворювань, оскільки такі хвороби як дифтерія, кашлюк, кір не можливо подолати за допомогою звичайних лікарських засобів, необхідні імунобіологічні препарати, запаси яких є мінімальними на сьогоднішній день.

Ситуація вирішена з вакциною проти поліомієліту, однак питання вакцин проти інших інфекційних хвороб залишаються відкритими на сьогодні. Про це свідчать статистичні дані, зібрані лише у Полтавській області: 90% новонародженим не були зроблені щеплення, близько 5 тисяч дітей потребують вакцинації від туберкульозу.

Україна увійшла в топ 13 країн, у яких наявний підвищений ризик щодо розповсюдження інфекційних захворювань. Зокрема це зумовлено тим, що у зв'язку із політичним конфліктом, що виник на Сході України, дітям, що проживають на території Донецької та Луганської областей не було проведено щеплень у поточному році. Ураховуючи міграційні процеси, що відбуваються на території нашої держави, переміщення родин з нещепленими дітьми становить подвійну небезпеку для населення. Обрана тема, набуває все більшої актуальності і потребує найшвидшого вирішення, оскільки може нести вкрай негативні політико-правові наслідки для розвитку нашої держави.

Основною причиною не вакцинації дітей є порушення державою обов'язку у сфері захисту населення від інфекційних хвороб. Відповідно до норм чинного законодавства поставка імунобіологічних препаратів для проведення щеплень має здійснюватись за рахунок Державного бюджету України. Однак батькам малюків дедалі частіше доводиться за власні кошти купувати вакцини. Для проведення вакцинації, передбаченої Календарем профілактичних щеплень, батьки витрачають близько півтори тисячі гривень. Цей факт змушує останніх позиватися до судів за захистом своїх прав, зокрема права на безкоштовну медичну допомогу і охорону здоров'я. Не фінансуючи медичні заклади імунобіологічними препаратами, Україна порушує норми національного законодавства та міжнародні зобов'язання, передбачені Загальною декларацією прав людини та Європейською соціальною хартією, Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, які зобов'язують державу вживати заходи у сфері медичної допомоги, ураховуючи і попередження захворювань.

Такі порушення держави призводять до виникнення захворювань у дітей, інвалідності, смерті. Згідно з чинним законодавством держава, у разі невиконання своїх зобов'язань має нести відповідальність. Відповідно до статті 22 Цивільного Кодексу, особа якій завдано збитків у результаті порушення її цивільного права, має право на їх відшкодування. У даному випадку мова йде про порушення права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу. Однак держава не квапиться виплачувати батькам, завдані нею збитки.

Ця проблема потребує вирішення, оскільки становить реальну небезпеку для суспільства. Державі бажано було б швидше визначитися з міжнародними партнерами, які будуть здійснювати регулярну поставку вакцин, задля проведення профілактичних заходів з метою уникнення епідемій, а також скорегувати свою політику у сфері охорони здоров'я, збільшити кошторис на проведення профілактики окремих захворювань.

Орієнтир на вищенаведені особливості, сприяв би вирішенню описаних проблем і посилив би позиції України на міжнародній арені як правової, соціальної держави, у якій життя і здоров'я людини визнається найвищою соціальною цінністю.

Література:

1. Наказ МОЗ України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» від 03.02.2006 № 48.

2. ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-III.

3. ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 № 4004-XII.

4. Глуховский В. В. Международно-правовые стандарты и право на вакцинацию / В. В. Глуховский // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер. : Медицина. Фармація. – 2010. – Вип. 1. – С. 22-30.

5. Ю.Г. Антипкін. Актуальні питання вакцинації дітей/Ю.Г.Антипкін// Перинатологія и педиатрія. – 2008. – №4(36). – с.11-12.

6. Ф.І. Лапій. Тактика вакцинації дітей з порушенням Календаря планової вакцинації в практиці лікаря-педіатра/ Ф.І. Лапій// Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2013. – № 2. – с.13-16.

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

Абраменя Є.І.,

студент 35 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СУБ'ЄКТИ ДОГОВОРУ ПРО СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО

Тема сурогатного материнства є доситьактуальною в Україні, а отже виникає необхідність правового регулювання укладення договорів про сурогатне материнство та визначення суб'єктного складу даного договору. Відповідно до відомостей зазначених у Розпорядженні Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 року №244-р «Про схвалення концепції Державної програми “Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки” на сьогодні 10-15 % сімей (близько 1 мільйона подружніх пар) в Україні страждають безплідністю. У статтях 49 та 50 Сімейного кодексу України встановлено право на батьківство та материнство.

Пункт 7 статті 281 Цивільного кодексу України встановлює, що повнолітня жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством. У частині 2 статті 123 Сімейного кодексу України зазначено, що у разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям (чоловіком та дружиною) в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя [1].

У правовідносини сурогатного материнства вступають подружжя (генетичні батьки дитини, якимиможуть бути іноземці), сурогатна матір (повнолітня, дієздатна особа, яка дала згоду та має свою власнудитину) та медичний заклад (спеціалісти, які здійснюють додаткові репродуктивні технології), тому за суб'єктивним складом дан івідносини називають потрійними. До договору сурогатного материнства застосовуються положення Закону України “Про трансплантаціюорганів та інших анатомічних матеріалів людини”. Сурогатнаматір є своєрідним донором, але об'єктом донорства в даному випадку виступає весь організмсурогатної матері. Сурогатною

матір'ю може бути лише повнолітня (як правило жінка не молодше 18 років та не старше 35 років) та дієздатна особа [3]. Так, як договір підлягає нотаріальному посвідченню на нотаріуса покладається обов'язок перевірки віку осіб та їх дієздатність, роз'яснення сторонам їх прав та обов'язків. Сурогатною матір'ю не може бути особа, яка є психічнохворою чи перебуває у закладі відбування покарання. Дитина вважається такою, що походить від своїх генетичних батьків, а сурогатна матір втрачає будь-які права на дитину. Сурогатна матір повинна надати свою згоду на укладення договору про сурогатне материнство у письмовій формі. У подальшому ця заява додається до медичної документації.

Відповідно до статті 6 Закону України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” подружжя – це особи, які є повнолітніми та дієздатними. Подружжя (чоловік та жінка) обов'язково повинні перебувати у зареєстрованому шлюбі в органі державної реєстрації актів цивільного стану. Медичний заклад представляє лікар (лікар-хірург, анестезіолог, асестент-лікар) [2, с. 74-75].

Договір про сурогатне материнство регулюється положеннями Цивільного кодексу України про договори надання послуг. Відповідно до статті 901 ЦКУ за договором надання послуг одна сторона зобов'язується за завданням другої сторони надати послугу, що споживається у процесі здійснення певної діяльності, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві послугу. Предметом договору про сурогатне материнство являється виношування, народження дитини та її передача подружжю, останнє в свою чергу зобов'язується передати свій генетичний матеріал та оплатити послугу.

У договорі про сурогатне материнство потрібно зазначити умови на яких суб'єкти будуть здійснювати виконання договору, а саме інформацію про медичний заклад, догляд за сурогатною матір'ю. Сторони можуть передбачити у договорі будь-які умови. Суб'єкти у договорі вказують порядок розрахунку між подружжям та сурогатною матір'ю (сума компенсації, кошти на побутові витрати, сума коштів на проходження медичних послуг, а також компенсація у разі народження двох і більше дітей). Обов'язковим пунктом договору є права та обов'язки сторін, а саме обов'язок сурогатної матері передати генетичним батькам дитину, а батькам прийняти дитину від сурогатної матері, також право на інформацію як про сурогатну матір, так і про генетичних батьків. Вказується місце проживання сурогатної матері під час вагітності, обов'язок сурогатної матері дотримуватися порад лікаря. Обов'язок сурогатної матері надавати послугу особисто [4, с. 31]. Строк дії договору не повинен перевищувати один рік (час на виношування дитини та час на процедуру запліднення). У договорі має чітко прописуватися відповідальність сторін у разі порушення умов договору, а особливо у разі втрати сурогатною матір'ю дитини (через викидень та умисне переривання вагітності). Відповідальність за ухилення від реєстрації дитини у органах ДРАЦС, підстави і наслідок розірвання договору. Також необхідно закріпити положення про таємницю приватного життя сторін, тобто не розголошення іншим особам факту сурогатного материнства.

Отже, правовідносини у сфері укладення договорів про сурогатне материнство потребує подальшої регламентації. Потрібне чітке закріплення прав та обов'язків суб'єктів договору про сурогатне материнство. На мою думку у Цивільний кодекс України необхідно внести положення, яке б регулювало істотні умови укладення договору про сурогатне материнство. Адже з розвитком технологій все більше людей

звертаються за данною послугою, але не знають як юридично правильно оформити договір про надання даної послуги.

Література:

1. Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 року // zakon.rada.gov.ua
2. Ватрас В. А. Суб'єктний склад правовідносин щодо імплантації ембріона дитини жінці із генетичного матеріалу подружжя // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – Хмельницьк, 2013
3. Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” // zakon.rada.gov.ua
4. Риженко І. М. Деякі аспекти правового регулювання договірних відносин суругатного материнства // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Херсон, 2014

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Альшаєв О.І.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ ДИСТРИБ'ЮТОРІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кожний суб'єкт господарсько-правових відносин має на меті отримати прибуток за рахунок використання своїх ресурсів. Моїм дослідженням, є визначення порядку та умов реалізації оптом лікарських засобів.

Відповідно до п. 1 ст. 263 Господарського кодексу, господарсько-торговельною є діяльність, що здійснюється суб'єктами господарювання в сфері товарного обігу, спрямована на реалізацію продукції виробничо-технічного призначення і виробів народного споживання, а також допоміжна діяльність, яка забезпечує їх реалізацію шляхом надання відповідних послуг.

Також у п.3 даної статті Господарського кодексу відображено перелік форм господарсько-торговельної діяльності, які мають право здійснювати суб'єкти господарювання: матеріально-технічне постачання і збут; енергопостачання; заготівля; оптова торгівля; роздрібна торгівля і громадське харчування; продаж і передача в оренду засобів виробництва; комерційне посередництво в здійсненні торговельної діяльності; інша допоміжна діяльність по забезпеченню реалізації товарів у сфері обігу.

Так, оптова торгівля – це вид економічної діяльності в сфері товарообігу, що охоплює купівлю-продаж товарів за договорами поставки для подальшого їх продажу кінцевому споживачеві через роздрібну торгівлю, для виробничого споживання та надання пов'язаних із цим послуг.

Оптова торгівля здійснюється, як правило, за договором поставки. Згідно з п. 1 ст. 712 Цивільного кодексу, за договором поставки продавець (постачальник), який здійснює підприємницьку діяльність, зобов'язується передати у встановлений строк товар у власність покупця для використання його у підприємницькій діяльності або в інших цілях, не пов'язаних з особистим, сімейним, домашнім або іншим подібним використанням, а покупець зобов'язується прийняти товар і сплатити за нього певну грошову суму.

Невід'ємною передумовою для здійснення оптової реалізації лікарських засобів є ліцензування. Дане питання регулюється ЗУ Про ліцензування видів господар-

ської діяльності від 02.03.2015, ЗУ Про лікарські засоби від 25.04.2015 та Наказом Міністерства охорони здоров'я про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами від 20.02.2015 року.

Відповідно до Наказу МОЗ Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, ліцензуванню підлягають:

виробництво лікарських засобів; оптова торгівля лікарськими засобами; роздрібна торгівля лікарськими засобами.

Ліцензування зазначеного виду господарської діяльності є засобом регулюючого впливу держави на діяльність суб'єктів господарювання та контролю за додержанням ліцензіатом вимог законодавства у сфері виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Для одержання ліцензії на заняття оптовою торгівлею лікарськими засобами суб'єкт господарювання повинен подати до Держлікслужби України заяву у якій зазначається, зокрема реєстраційний номер облікової картки платника податків, або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті). Зазначена заява подається особисто або через уповноважений ним орган чи особу.

Виробництво лікарських засобів, оптова торгівля лікарськими засобами здійснюються суб'єктами господарювання на підставі ліцензії на відповідний вид діяльності за умови виконання кваліфікаційних, організаційних, інших спеціальних вимог, установлених ліцензійними умовами. Виробництво лікарських засобів, оптова торгівля лікарськими засобами без наявності ліцензії забороняються.

На території України можуть реалізовуватись лише зареєстровані лікарські засоби.

Реалізація лікарських засобів здійснюється лише за наявності сертифіката якості, що видається виробником (для імпортованих лікарських засобів – імпортером (виробником або особою, що представляє виробника лікарських засобів на території України).

Оптова торгівля лікарськими засобами здійснюється через аптечні склади (бази). Виробники лікарських засобів провадять реалізацію продукції власного виробництва на підставі ліцензії на виробництво лікарських засобів.

Ліцензіат повинен забезпечити: торгівлю лише лікарськими засобами, які зареєстровані згідно із законодавством України; додержання визначених виробником умов зберігання лікарських засобів (в тому числі під час транспортування); унеможливлення контамінації та переплутування лікарських засобів; впровадження системи якості.

Відповідно до вище зазначених вимог, можна стверджувати, що діяльність підприємств та реалізація їх продукції у даній сфері є можливою лише за певних умов. Основною вимогою є отримання ліцензії.

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

*Арабчук А.І.,
студент 45 групи
ПНУ ІНУУ ім. Ярослава Мудрого*

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТРУДОВИХ ВІДНОСИН ЧЛЕНІВ ФЕРМЕРСЬКИХ ГОСПОДАРСТВ

У ході сільськогосподарської діяльності формуються особливі трудові правовідносини, характер яких вимагає належного відображення у змісті нормативно-правових актів.

Зупинити увагу доцільно було б на особливостях праці у фермерських господарствах, де поєднуються два види трудової діяльності – праця членів фермерського господарства та його найманих працівників. Тому, важливим є врегулювання трудовим законодавством правовідносин, що складаються у фермерському господарстві в частині надання його членам та найманим працівникам рівних гарантій з охорони праці, її оплати, а також врегулювання часу праці та відпочинку.

Як встановлено у ст. 27 Закону України «Про фермерське господарство», трудові правовідносини у фермерському господарстві базуються на основі праці його членів. У разі виробничої потреби фермерське господарство має право залучити до роботи в ньому інших громадян за трудовим договором.

Чинне трудове законодавство (ч.2 ст. 3 КЗПП України) закріпило положення, за яким головні особливості праці сільськогосподарських підприємств, у тому числі таких як фермерські господарства, мають визначитися спеціальним законодавством та статутами відповідних підприємств.

Таким чином, законодавство, що здійснює регулювання особливостей трудових відносин у фермерських господарствах, та статут господарства, визначають саме певні особливості, а не основні питання трудових відносин, які мають бути врегульовані саме трудовим правом [1, с.300].

На сьогоднішній день, аграрне законодавство не містить нормативно-правового регулювання особливостей правовідносин в аграрному секторі, які визначаються специфічністю виконуваної праці та способом її організації. Зважаючи на це, суттєво збільшується роль регулювання трудових правовідносин у сільському господарстві саме на рівні колективного договору, у широкому розумінні цього поняття.

Проте, саме таке врегулювання гарантій оплати праці, охорони праці, медичного обслуговування тощо як правило не стосується членів та найманих працівників фермерських господарств. Окрім того, Закон України «Про фермерське господарство» не встановлює необхідних особливостей трудових правовідносин його членів та передбачає лише, що вони врегульовуються статутом.

Так, законодавство про фермерське господарство мінімально стосується гарантій його працюючих членів. Відповідно до ч.5 ст. 27 Закону України «Про фермерське господарство» голова господарства несе на собі виключно обов'язок із забезпечення належних умов праці на основі створення безпеки, контроль за виробничою гігієною та санітарної, а також пожежною безпекою [2].

Особливості трудових відносин в межах фермерського господарства та і специфіка галузі взагалі, мають бути відображені у змісті статуту цього господарства, який є зводом правил локальної дії, що регулюють різноманітні внутрішні відносини, а також взаємовідносини з іншими суб'єктами господарювання.

Дослідження змісту існуючих статутів фермерських господарств, вказує, що вони не достатньо повно враховують особливості трудових відносин у сільськогосподарському виробництві [1, с. 301].

Примірний статут фермерського господарства міг би належним чином закріпити усі важливі проблеми трудових відносин та забезпечити осіб, що працюють у ньому реальними трудовими гарантіями [3, с. 93]. Проте, як бачимо, на шляху тривалого реформування інституту фермерського господарства, в тому числі трудових відносин у ньому, не знайшлося часу та місця для ухвалення Примірного (типового) статуту для фермерського господарства.

Окрім того, в наукових колах вже не один рік розробляються пропозиції щодо відмежування правового регулювання трудових та пов'язаних з ними відносин працюючих членів фермерського господарства та працівників, що працюють за наймом (на підставі контракту). Так, для усунення деяких труднощів у правозастосовній практиці, а також у забезпеченні гарантій з реалізації та захисту прав та інтересів членів фермерського господарства, пропонується привести ст. 27 Закону України «Про фермерське господарство» у відповідність до норм КЗпП України [3, с. 93].

Так, наприклад, Мартинович О.М. пропонує викласти п. 2 вказаної статті у наступній редакції: «Трудові відносини членів фермерського господарства регулюються законодавством України про працю, цим Законом і статутом, а осіб, які працюють за трудовим договором (контрактом) – законодавством України про працю» [4, с. 145].

Видається логічним, що вказані зміни матимуть дійсно дієвий характер лише у випадку розробки та прийняття Міністерством аграрної політики та продовольства України, що на сьогодні є органом, спеціально уповноваженим на здійснення управління агропромисловим комплексом та створення спеціалізованої нормативної бази, примірного статуту фермерського господарства.

Таким чином, після суттєвого реформування та вдосконалення сутності та особливостей діяльності фермерських господарств, що відбувалося протягом останніх 20 років, важливим залишається вирішення питання трудових відносин у таких господарствах. Так, уникнути суперечностей відносно трудових гарантій членам фермерського господарства допоможе розробка примірного статуту, що закріпить основні положення трудової участі членів фермерського господарства у його діяльності.

Література:

1. Пироговська В.О. Особливості регулювання трудових правовідносин працівників сільського господарства [Електронний ресурс] / В.О. Пироговська // Митна справа. – 2015. – № 1(2.2). – С. 299-305. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Ms_2015_1\(2.2\)_26.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Ms_2015_1(2.2)_26.pdf)

2. Про фермерське господарство [Електронний ресурс]: Закон України від 19.06.2003 № 973-IV.- Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, N 45, ст.363. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/973-15/conv>

3. Даньшина К. Є. Проблема фермерського господарства в Україні: права регламентація трудових відносин та перспективи їх розвитку [Електронний ресурс] / К. Є. Даньшина // Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. “Право”. – 2010. – Вип. 14. – С. 91-97. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/znpkhnpu_pravo_2010_14_18.pdf.

4. Мартинович О.М. Законодавча регламентація трудових відносин членів фермерських господарств [Електронний ресурс] / О.М. Мартинович // Бюлетень Міністерства юстиції України. – 2010. – № 9. – С. 141-147. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/bmjju_2010_9_18.pdf

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

*Артеменко А.О.,
студент 34 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

На законодавчому рівні закріплено одне з основних немайнових прав – право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Для української ринкової економіки перехідного періоду характерні проблеми системи охорони здоров'я пов'язані з недостатністю бюджетного фінансування.

У сучасних економічних умовах для покращення рівня медичних послуг Україні одним із можливих напрямів реформування системи охорони здоров'я є перехід від системи виключно бюджетного фінансування до нової бюджетно-страхової моделі, що базується на соціальному страхуванні, що дасть змогу забезпечити повним спектром медичних послуг всі прошарки населення. Вище зазначене і зумовлює актуальність даної теми.

Проблема запровадження обов'язкового медичного страхування, яке б входило в систему соціального забезпечення держави на сьогоднішній день активно досліджується науковцями різних галузей права, таких як Каликова Г.А., Янишена В.А., Солдатенко О.В., Манжосова О.В., Стефанчук Р.О., Стеценко В.Ю., Галай В.О. та інші.

Відносини учасників медичного страхування будуються на договорі медичного страхування. Договір медичного страхування – це угода між страхувальником та страховою медичною організацією, відповідно до якого остання зобов'язується організувати і фінансувати надання застрахованому медичну допомогу певного обсягу і якості.

Договір медичного страхування укладається на певний строк. Об'єктом даного договору є сплата страхувальником страхових платежів і надання страховиком медичних послуг застрахованій особі.

Особливість договору медичного страхування полягає в способі організації страхового відшкодування. Так, якщо в договорі страхування страхове відшкодування здійснюється страховиком, то в договорі медичного страхування його роль обмежується лише організацією надання такого відшкодування, а безпосереднє відшкодування здійснює медичний заклад (лікар) у вигляді надання медичних послуг. [1, с.12]

Договір медичного страхування є договором на користь третьої особи (страхувальника). Його дія може бути достроково припинена на вимогу страховика тільки у випадку невиконання страхувальником своїх обов'язків по цьому договором. Умови останнього не можуть передбачати обов'язок страховика з виплати страхової суми (її частини) або повернення сплачених страхових платежів (їх частин) по закінченню терміну дії договору, що відповідає ризиковій природі даного виду страхування.

За договором надання медичних послуг одна сторона (медичний заклад) зобов'язується надавати страхувальникові медичні послуги певного об'єму і якості в конкретні терміни в рамках програми обов'язкового медичного страхування, а інша (страховик) – оплатити надані послуги. [2, с. 92-93]

Об'єктом договору надання медичних послуг є безпосередньо надання медичними закладами страхувальникові медичних послуг певного об'єму і якості в конкретні строки в рамках обов'язкового медичного страхування.

Права і обов'язки з договору надання медичних послуг виникають з моменту погодження усіх умов договору страхування між страховиком і страхувальником.

Медична програма страхування є невід'ємним додатком до договору страхування. Вона передбачає конкретний варіант медичної допомоги. Медична програма страхування може бути змінена під час дії договору страхування за згодою страховика при умові внесення страхувальником страхових платежів.

Отже, договір медичне страхування – це угода, щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування. Запровадження медичного страхування потребує чіткого нормативно-правового визначення, реформування мережі лікувальних закладів і зміни моделі їх фінансування. Це дасть змогу забезпечити незалежним, більш ефективним контролем за діяльністю медичних установ і якістю надання медичної допомоги.

Література:

1. Каликова Г.А. Проблемы гражданско-правового регулирования медицинско-го страхования и медицинских услуг. – Автореф. дис.канд. юрид. наук: 12.00.03.-м. Одеса,- 22с.

2. Янишен В. П. Медицинское страхование в системе личного страхования / В. П. Янишен // Проблемизаконності : респ. міжвідом.наук. зб. – Харків, 2001. – Вип. 49. – С. 87–95.

3. Гринько П. О. До питання про медичне страхування в Україні / П. О. Гринько // Актуальні проблеми приватного права : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 92-й річниці з дня народж. д-ра юрид. наук, проф., чл.-кор. АН УРСР В. П. Маслова, 28 лют. 2014 р. – Харків, 2014. – С. 272–274.

4. Солдатенко О.В. Правове регулювання видатків на реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я України та країн Центральної Європи. – Автореф. дис. на здобуття наук. ступ. доктора юрид. наук: 28.02.2011. – м. Київ, – 47с.

5. Перетяка О. П. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я. – Автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. наук з держ. управління: 16.05.2001. – м. Київ, -16с.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Арутюнян А.А.,
студен 42 групи
ПЮІ НІУУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИХ ФОРМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На сьогодні, одним з показників розвитку країни є рівень забезпечення охорони здоров'я населення. Визначення організаційно-правової форми є важливим елементом у механізмі державного регулювання охорони здоров'я, бо визначає правовий режим майна, що є основою діяльності закладів охорони здоров'я.

Питанням організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я приділили увагу: Куц Л.І., Болотов А.В., Пашков В.М., Жмурко О., Кондратюк С.Я., Надюк З.О., Нечай А., Сенюта І.Я. та інші.

Питання організаційно-правової форми регламентовано у Цивільному кодексі, Господарському кодексі, Основах законодавства України про охорону здоров'я (надалі – Онови), Законі України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і місті Києві» (надалі – ЗУ «Про порядок...») [7, с.131].

Зараз за організаційно-правовою формою державні та комунальні заклади охорони здоров'я, що надають лікувально-профілактичну і санітарно-профілактичну допомогу, доцільно визнавати невідприємницькими юридичними особами у формі установи, що фінансується з бюджету (державного, місцевого). Інші заклади охорони здоров'я, які безпосередньо надають медичну допомогу, створюються в організаційно-правових формах юридичних осіб, що передбачають здійснення такого виду господарської діяльності [4, с.159-160].

У визначенні закладу охорони здоров'я у статті 3 Основ зазначається, що заклад охорони здоров'я може бути будь-якої організаційно-правової форми. Також в статтях 8 та 16 цього Закону мова йде про державні і комунальні заклади охорони здоров'я, які безоплатно надають медичну допомогу. Як зазначає Куц Л.І., Основи передбачають можливість створення у сфері медичного обслуговування державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я та не обмежують їх засновників у виборі організаційно-правової форми [3, с.132-233].

Крім того в ЗУ «Про порядок...» були запропоновані інші організаційно-правові форми господарювання у сфері медичного обслуговування, зокрема, комунальні підприємства та комунальні установи, які можуть бути створені шляхом реорганізації існуючих закладів охорони здоров'я, або утворення нових підприємств, установ без мети отримання прибутку [3, с.132-133].

Нечай А. виділяє цей закон як позитивний, бо «...при зміні юридичного статусу з'являються нові можливості в управлінні ресурсами, створюються умови для зміни системи стимулювання роботи персоналу, з'являються передумови для подальшого удосконалення гнучкої мережі медичних установ за рахунок їх добровільного об'єднання і перерозподілу функцій...» [5].

Проте недоліком при цьому є відсутність легальних визначень багатьох термінів. Так, Куц Л.І. пропонує прописати законодавчо визначення основних понять, зокрема, «лікарня», «бюджетна установа у сфері охорони здоров'я», «державне унітарне підприємство у сфері охорони здоров'я», «комунальне унітарне підприємство у сфері охорони здоров'я». Автор відзначає, що це надасть можливість зрозуміти їхнє співвідношення між собою [3, с.134].

Питання щодо положення унітарних комунальних підприємств без поділу їх на комерційні та некомерційні, регламентовано у Господарському кодексі лише в загальному вигляді, без конкретики [8, с. 227-228]. На мою думку, щодо майнових відносин це явище недоречне, тим паче у сфері надання безоплатних медичних послуг.

Борисова В.І. відзначає, що установи в загальному вигляді не мають мету отримання прибутку, проте поряд з основною діяльністю можуть займатися підприємництвом. Цікавим залишається питання надання безоплатних медичних послуг при цьому. Визначення «комунальна некомерційна установа» як вид організаційно-правової форми здійснення медичного обслуговування не відповідає положенням чинного законодавства, оскільки використання слова «некомерційна» у цьому терміні є зайвим, оскільки саме поняття «установа» вказує на відсутність мети – отримання прибутку [1, с.139-140].

За допомогою ч. 3 ст. 3 ЗУ «Про порядок...» законодавець не обмежує право органів місцевого самоврядування на вибір виду організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я. Проте, якщо врахувати постійну нестачу коштів у місцевому бюджеті, з якого фінансуються комунальні заклади, будуть створюватися лише комунальні некомерційні підприємства, які зможуть зловживати і отримувати гроші за надання медичних послуг пацієнтам, порушуючи Основний закон [3, с.135]. Куц Л. І., Болотов А. В. пропонують законодавчо обмежити право органів місцевого самоврядування на вибір організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я закон [3, с.135-136]. І з цією думкою слід погодитись.

Пашков В.М. вважає, що система державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я існувала й до реформи, і тому зміни мають лише декларативний характер [2]. Автор підкреслює, що перетворення у державні та комунальні комерційні підприємства є досвідом ЄС. Проте автори законопроекту при цьому забули про інші організаційно-правові форми, зокрема, товариство з обмеженою відповідальністю. Мало того, на думку Пакова В.М., автори законопроекту не врахували вимоги законодавства про місцеве самоврядування [6].

Заступник Міністра охорони здоров'я Олександра Павленко зазначає: «...Зміна дасть можливість самостійно вирішувати кількість ліжкового фонду, надбавки до зарплат, в залежності від показників і якості наданих медичних послуг. МОЗ пропонує зробити медичні заклади підприємствами...» [7]. Проте зважаючи на вищевикладене, держава своїми діями більшою мірою може нашкодити, ніж допомогти.

Як висновок слід зазначити таке. Державою планується введення нових організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я. Більшість науковців схильні до критики цих новел. Зокрема, не зрозумілим є статус комунальних комерційних підприємств у сфері охорони здоров'я. До того ж невизначеними залишаються деякі загальні терміни, що ускладнює реалізацію цих відносин. На мою думку, найкращим вирішенням цих питань є відповідне законодавче регламентування термінів та обмеження організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я.

Література:

1. Борисова В. І. Організаційно-правові форми юридичних осіб // Цивільне право України : підручник : у 2-х т. / – К. : Юрінком Інтер, 2004. – С. 134-145.
2. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я: розроблено проекти змін щодо їх діяльності. Пашков В.М. // Аптека – 2015. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/333022>
3. До питання правового забезпечення розвитку нових організаційно-правових форм господарювання у сфері медичного обслуговування Куц Л. І., Болотов А.В // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского Серия «Юридические науки». Том 26 (65). 2013. № 2-2.
4. Жмурко О. / Система закладів охорони здоров'я в Україні: проблеми та перспективи правового регулювання // Вісник Львівського університету. Серія юридична. – Львів : Львів. нац. ун-т ім. І. Франка, 2011. – Вип. 52. – С. 158-165.
5. Приходько Е. Реформирование сети лечебно-профилактических учреждений / Е. Приходько. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/wp-content/archives/688/images2/13.pdf>.
6. Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за і проти. Пашков В.М. // Аптека – 2015 -№ 1003 (32). [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/341750>

7. Урядовий портал. Зміна правового статусу медичних закладів – Прес-служба міністерства охорони здоров'я // 22.06.2015. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=248263_641&cat_id=244277212

8. Організаційно-правові форми комунальних підприємств / І. Труш // Право України. – 2010. – № 2. – С. 223-230

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

Бабич Є.О.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Економічні та соціальні чинники впливають на якісне надання медичної допомоги, а більше всього саме на якість надання медичної допомоги сільському населенню.

Хоча й було прийнято чимало нормативних актів все одно ситуація в медичній сфері на селі не змінилась.

Дане питання вивчалось великою кількістю науковців серед них такі як В.М. Єрмоленко, В.І. Семчик, Н.І. Титова, А.М. Статівка та інші.

Метою роботи є дослідження проблем та вивчення шляхів й перспектив реформування сільської медицини.

Останнім часом відбулися досить великі потрясіння у економіці та політиці країни, що спричинило виникнення складної ситуації у сфері охорони здоров'я громад сільської місцевості в Україні. Медичні пункти перебувають в незадовільному стані та не мають навіть необхідної кількості медикаментів у випадку надання першої невідкладної допомоги. Зважаючи на це сільське населення вимушене їздити до міст та при цьому платити великі кошти за надану медичну допомогу [1].

Спробою реформувати систему охорони здоров'я було прийняття у 2011 році Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07 липня 2011 р. № 3611-УІ, яким передбачалось, що мережа комунальних та державних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням своєчасності, доступності та ефективного використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів, потреб населення в медичному обслуговуванні, та необхідності забезпечення належної його якості[2].

Крім того реформа системи охорони здоров'я здійснювалася відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та Києві» від 07 липня 2011 р. № 3612-УІ. Даний Закон мав на меті відпрацювання на базі пілотних регіонів основних підходів до реформування системи охорони здоров'я, їх моніторинг і оцінку для подальшого поширення на всю територію країни. Практична реалізація даних проєктів повинна була починатися з реорганізації первинної та екстреної медичної допомоги [2].

Так, відповідно до вказаного Закону, первинна медична допомога це медична допомога, яка надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем, і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних станів, здійснення профілак-

тичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної або третинної медичної допомоги.

Екстрена медична допомога –це така медична допомога, яка полягає в здійсненні організаційних, лікувальних та діагностичних заходів з надання саме своєчасної медичної допомоги пацієнтам чи постраждалим особам, які перебувають у невідкладному стані.

Сьогодні впроваджується нова стратегія розбудови сфери охорони здоров'я в Україні на 2015-2025 роки. Планується розвивати й вдосконалювати сімейну медицину саме як систему первинної медично-санітарної допомоги, для того, щоб вказану допомогу могли отримувати не лише жителі міст а все і сіл та селищ шляхом створення на місцевому рівні та рівні районних центрів первинної медичної допомоги з повним фінансовим, адміністративним і функціональним розмежуванням діяльності від вторинного рівня. В Україні існує досить серйозна проблема з медичним забезпеченням сільського населення чи маленьких містечок, причиною цього є застаріле обладнання в лікарнях чи медичних пунктах та чимало інших проблем. Гарним прикладом для України може слугувати реформа в Грузії, де схожу проблему було вирішено на 80 % за допомогою фінансової мотивації. Тобто, лікарям таких населених пунктів дали можливість стати приватними підприємцями, при цьому звільнили від сплати податків. Кожному, хто виявляв бажання працювати у віддалених місцях, давали державні гранти для облаштування та ремонту кабінету [4].

Тому пропонується щоб держава ініціювала та підтримувала започаткування нових функцій лікарів загальної практики які працюють в приватній сфері, а особливо у сільській місцевості. Для цього потрібно провести перекваліфікацію лікарів та забезпечити оснащенням всі медичні установи.

Важливе значення для розвитку закладів медичного обслуговування у сільській місцевості залишається питання фінансування вказаної сфери. У свою чергу, фінансування та розвиток системи охорони здоров'я України потребують нових моделей і підходів до її розвитку, які відповідатимуть сучасним умовам та сприятимуть збільшенню тривалості життя українців.

Хоча вказані спроби реформування медицини, а зокрема медицини в селі є досить чіткими та можливими для активного впровадження, але проблемою в Україні зостається саме відсутність єдиної політичної волі та відсутність шляху розвитку держави як органами виконавчої, центральної законодавчої влади, та й органами місцевого самоврядування. Сама підготовка щодо здійснення стратегії реформувань є дуже складною та трудомісткою, тому зрозумілим є те, що для позитивних результатів потрібен час [3].

Враховуючи викладене, слід зазначити, що сільська медицина – один із важливих секторів, які потрібно розвивати. Слід працювати креативно, щоб у село повернувся лікар. Для цього потрібно два фактори – належна оплата і створення нормальних умов праці. Крім того на сьогоднішній день все ж виникає потреба у відособленому правовому регулюванні відносин у забезпеченні розвитку медицини у сільській місцевості. Актуальним є закріплення на законодавчому рівні будовання нових та забезпечення існуючих медичних закладів необхідним обладнанням.

Література:

1. Чкан І.О. Стратегічні реформи України – медицина в селі. – Таврійський державний агротехнологічний університет [інтернет ресурс] – режим доступу – irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe

2. О.В. Гафурова Правове регулювання державної підтримки сільської медицини.- [інтернет ресурс] – режим доступу <http://elibrary.nubip.edu.ua/12063/1/11gov.pdf>.

3. Латишева В.В. Правове забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я у сільській місцевості / В.В. Латишева // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. – № 12 (2014). – с. 79-82.

4. Центр Правової інформації. – Реформування системи охорони здоров'я України. – [інтернет ресурс] – режим доступу http://cpicher.blogspot.com/2015/02/blog-post_7.html.

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

Барабаш Ю.К.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЗБРОЙНИЙ КОНФЛІКТ ЯК ЗАГРОЗА ЕКОЛОГІЧНИЙ БЕЗПЕЦІ КРАЇНИ

Україна вже другий рік перебуває в умовах збройного конфлікту в Донецькій та Луганській областях. Жахливі руйнівні наслідки будь-яких бойових дій виявляються в усіх сферах людського буття та на всіх рівнях можливого усвідомлення таких подій – економічній, соціальній, ідеологічній, психологічній тощо. Проте одним із найактуальніших рівнів негативного впливу збройних конфліктів є вплив на довкілля. Масштабність заподіяння екологічної шкоди та приховані екологічні загрози актуалізують необхідність зміни основних стратегічних цілей та завдань держави у сфері гарантування екологічної безпеки, а також вироблення алгоритму дій, що до відновлення нормального стану довкілля [1].

Питання впливу воєнного стану на навколишнє природне середовище та його захист розглядалися такими науковцями, зокрема Балюк Г.І., О. Задорожним, М. Медведєвою, Н. Соколовою, А. Дмитрієвим, В. Муравйовим, Шомпол О.А. та ін. Проте необхідність вирішення цілої низки екологічних проблем, які були викликані війною на сході, зумовлює пошук індивідуальних рішень, що можуть бути застосовані у цій ситуації.

Відповідно до ч.1 ст. 50 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [2, Ст. 546]: екологічна безпека – це такий стан навколишнього природного середовища, при якому забезпечується попередження погіршення екологічної обстановки та виникнення небезпеки для здоров'я людей. За ч. 2 ст. 50 цього Закону екологічна безпека гарантується громадянам України здійсненням широкого комплексу взаємопов'язаних політичних, економічних, технічних, організаційних, державно-правових та інших заходів.

Відповідно до Цілі 4. «Інтеграція екологічної політики та вдосконалення системи інтегрованого екологічного управління» Закону України «Про основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» [3, Ст. 218], передбачено інтеграцію екологічної політики та вдосконалення системи інтегрованого екологічного управління у військово-оборонній галузі шляхом розроблення до 2015 року стимулів із ліквідація наслідків екологічної шкоди, заподіяної

військовою діяльністю, зокрема компенсація збитків державі, завданих тимчасовою дислокацією на території України іноземних військ.

Проте на сьогодні пропонується переглянути дані стратегічні завдання державної екологічної політики. А зумовлено це сучасними екологічними проблемами в зоні АТО. І як наголошують представники уряду: «стратегічним напрямом охорони довкілля та збереження природних ресурсів в зоні АТО повинно стати подолання ресурсного марнотратства, низького рівня використання первинної сировини, вторресурсів і відходів до повторної переробки, впровадження мало – та безвідходних технологій» [5]. Безсумнівно, зміна орієнтирів на забезпечення екологічної безпеки в зоні АТО буде означати її цінність у співвідношенні з національною безпекою України.

Щоб мати змогу охарактеризувати можливі організаційно-правові засади ліквідації екологічних наслідків збройного конфлікту на сході України, необхідно, перш за все, оцінити фактично заподіяну шкоду довкіллю Донецької та Луганської областей.

Так, від обстрілів артилерії мало місце загоряння кількох екологічно небезпечних виробництв Авдіївського та Ясинівського коксохімічного заводів, Лисичанського нафтопереробного та Краматорського верстатобудівного заводу, «Точмашу» і «Стиролу»; внаслідок аварійних відключень електроенергії в атмосферне повітря викинуто значний об'єм небезпечних речовин; забруднення ґрунту і повітря хімічними речовинами від застосування різних видів зброї та горіння хімічних речовин; пошкоджено значні площі земельних ресурсів, родючого шару ґрунту, рослинного покриву, природно-заповідних територій, в тому числі флори і фауни; центральну садибу Луганського степового заповідника зруйновано та захоплено бойовиками; затоплено шахти; пошкоджено та знеструмлено очисні споруди, скид промислових та побутових вод здійснювався без очистки; пошкоджено каналізаційні мережі; зруйновано транспортні магістралі та інфраструктуру з обслуговування населення зброю та вивезення твердих побутових відходів [4, с.7-8]. Тобто, коло перелічених екологічних проблем настільки широке, а їхні масштаби змінюються з такою швидкістю, що важко навіть уявити скільки років може знадобитись нашій країні, щоб мінімізувати усі названі негативні фактори.

Та все ж таки, можна запропонувати можливі шляхи виходу з екологічної кризи в зоні АТО. Перш за все, варто припинити воєнні дії на території Донецької та Луганської областей, адже цілком логічно, що в умовах постійного обстрілу території неможливо ані оцінити розмір заподіяної екологічної шкоди, ані зупинити наступні процеси дестабілізації екосистеми. По-друге, після закінчення антитерористичної операції варто активізувати законодавчі зусилля по створенню групи експертів з екологічного моніторингу, системного збору екологічної інформації, оцінювання та аудиту екологічного стану довкілля за участі не лише національних, а й міжнародних фахівців (представників ОБСС, міжнародних правозахисних та екологічних організацій). Наступний крок вбачається в розробці плану дій по ліквідації наслідків антитерористичної діяльності та забезпечення екологічного благополуччя населення і території Луганської та Донецької областей.

Таким чином, вищезазвана екологічна ситуація, що наразі має місце на сході України, характеризується як кризова, як така, що терміново вимагає втручання, та загрожує екологічній безпеці України. Тому, наша країна разом зі світовою спіль-

нотую має якнайшвидше припинити військовий конфлікт і негайно приступити до ліквідації його наслідків.

Література:

1. Балюк Г.І., Шомпол О.А. Національні та міжнародно-правові проблеми регулювання охорони довкілля і забезпечення екологічної безпеки під час збройних конфліктів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://applaw.knu.ua/index.php/holovna/item/462-natsionalni-ta-mizhnarodno-pravovi-problemy-regulivannya-ohorony-dovkillya>

2. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 № 1264-XII // Відом. Верхов. Ради. – 1991. – № 41. – Ст.546.

3. Про основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Закон України від 21.12.2010 № 2818-VI // Відом. Верхов. Ради. – 2011. – № 26. – Ст.218.

4. Военні дії на сході України – цивілізаційні виклики людству / Львів: ЕПЛ, 2015. – 136 с.

5. Мінприроди: Створення екологічної безпеки в зоні АТО – стратегічне завдання держави конфліктів // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=248507412&cat_id=244277212

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Барабаш Ю.К.,

студент 43 групи

ПІО НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ

В умовах сучасного розвитку українського суспільства право людини на охорону здоров'я беззаперечно можна визначити як одне з найважливіших серед широкого каталогу природних, невід'ємних, невідчужуваних та непорушних прав людини. З огляду на це, відповідальність за правопорушення у цій сфері є одним із пріоритетних питань, які розглядає більшість правових наук. Саме тому, беручи до уваги велику кількість позовних заяв громадян стосовно неналежного надання медичних послуг та проблем юридичної відповідальності медичних працівників, слід акцентувати особливу увагу лікарів та юристів на значенні опанування основ цивільно-правової відповідальності за професійні порушення.

Дослідження у сфері цивільно-правової відповідальності медичних працівників здійснювали такі науковці: Г.Ю. Аронов, В.В. Глуховський, І.Ю. Григорьев, В.З. Кучеренко, С.П.Маврин, А.М. Нагорна, Є.М. Степанов, А.М. Таранов, та інші.

Правову основу регулювання цього питання складає сукупність нормативно-правових актів: Конституція України, Цивільний кодекс України, Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про захист прав споживачів», Лист Міністерства юстиції України «Про відповідальність медичних працівників» та інші.

На перший план відносно відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення виходить цивільно-правова відповідальність. Дефініцію «цивільної» або «цивільно-правової відповідальності» у сфері медичного обслуговування можна визначити як вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері

охорони здоров'я, при якій до правопорушника використовуються заходи, що встановлені законом або угодою. На відміну від інших видів відповідальності, цивільно-правова має на меті компенсацію матеріальної та моральної шкоди, заданої пацієнту внаслідок неналежного надання медичних послуг [2, с.118].

Варто зазначити, що цивільна відповідальність поширюється як на фізичних осіб (громадяни), так і на юридичних осіб (лікувально-профілактичні заклади). До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною галуззю, належить життя та здоров'я. Зважаючи на те, що будь-яка медична послуга спрямована на вищезазначені блага, законодавець висуває до осіб, як фізичних так і юридичних, які надають медичні послуги, суворі вимоги та значно підвищує відповідальність за завдання шкоди життю і здоров'ю.

За загальним правилом, медичні працівники здійснюють свою професійну діяльність, перебуваючи у трудових відносинах з відповідними медичними закладами. У цьому разі важливим є положення статті 1171 ЦКУ, де зазначено, що юридична або фізична особа відшкодує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Відшкодування такої шкоди здійснюється відповідно до положень глави 82 ЦКУ [1, с.23].

Важливо брати до уваги підстави, згідно яких виникає цивільно-правова відповідальність та які у своїй сукупності складають особливий склад цивільного правопорушення. До них відносять: протиправну поведінку медичного персоналу, заподіяння шкоди пацієнту, причинний зв'язок між протиправністю та настанням шкідливих наслідків, вину заподіювача шкоди [3, с.26].

Протиправність – це наявність певного відхилення від правил (норм) надання медичної допомоги, порушення суб'єктивного права пацієнта, яке може виражатись як у дії, так і в бездіяльності. Шкода – це матеріальні збитки, які виражаються у зменшенні майна потерпілого пацієнта і (або) зменшенні його нематеріального блага (життя, здоров'я), яка у свою чергу поділяється на майнову (реальні втрати, неотримані доходи, витрати на харчування, лікування, догляд) та немайнову (фізичні та моральні переживання пацієнта, який постраждав у результаті неналежного виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків) [1, с.25].

Обов'язковою умовою відповідальності за заподіяння шкоди є причинний зв'язок між протиправною поведінкою і заподіяною шкодою. У деяких випадках шкода не є наслідком протиправної поведінки заподіювача шкоди, а настає внаслідок інших причин. Наприклад, пацієнт не виконав вимогу лікаря, щодо дотримання медичних рекомендацій – у такому випадку у лікаря не виникатиме обов'язку відшкодувати шкоду. З цього випливає, що має виконуватись наступна умова настання цивільно-правової відповідальності за шкоду здоров'ю – шкода повинна бути спричинена з вини заподіювача шкоди, у даному разі – лікаря [4, с.89].

Вина медичних працівників, як правило, виступає у формі необережності. Лікувальна установа визнається винною, якщо встановлено вину її працівників у заподіянні шкоди здоров'ю пацієнта. Для звільнення від обов'язку відшкодувати шкоду здоров'ю заподіювач шкоди повинен довести, що вона сталася не з його вини. Відповідно до цивільного законодавства діє принцип презумпції вини заподіювача шкоди при наданні медичної допомоги, тому відсутність вини доводиться особою, яка вчинила правопорушення.

Отже, з огляду на вищезазначене, можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових

прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги, який в умовах сучасних правових перетворень набуває особливого значення.

Література:

1. Гревцова Р.Ю. Правові питання відносин між лікарем і пацієнтом // Therapia. Український медичний вісник, 2007. № 7 – 8. – С.77.
2. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с
3. Саперов В.М.- «Лікарська етика від Гіппократа донині», -Чебоксари, 2001
4. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: Монографія. – Львів: Астролябія, 2007. – 224 с

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

Безтосна А.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЕКОЛОГІЧНЕ ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УКРАЇНІ

Актуальність даної теми обумовлена тим, що одним з пріоритетних напрямків державної політики є створення загальнодержавної інформаційної системи у сфері охорони довкілля, яка б давала можливість ефективно реагувати органам державної влади на проблеми в даній галузі. В Україні відсутня дієва система інформаційного забезпечення, що позбавляє громадян їхнього конституційного права, що закріплене у ч. 2 ст. 50 Конституції України [1, Ст. 141], згідно з яким кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена.

Питання щодо екологічного інформаційного забезпечення досліджували такі науковці-правники: Краснов М. В., Деркач А. Л., Комарницький В.М., Хижнякова Н. О., Малишева Н.Р., Шевчук П. І., Шемшученко Ю.С. та ін.

У п. е) ч. 1 ст. 9 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [2, Ст. 546] зазначається, що кожний громадянин України має право на вільний доступ до інформації про стан навколишнього природного середовища (екологічна інформація) та вільне отримання, використання, поширення і зберігання такої інформації, окрім обмежень, встановлених законом. Також серед нормативно-правових актів, які визначають положення щодо регулювання відносин з екологічного інформаційного забезпечення можна виділити Закон України «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства на 2007-2015 роки» [4, Ст. 102] Конвенцію про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосується довкілля [5, Ст. 1191]. Ці нормативно-правові акти ґрунтовно не регулюють суспільні відносини у галузі екологічного інформаційного забезпечення, адже вони містять лише загальні положення, які не встановлюють процедуру, не визначають чіткої системи дій щодо збору та обробки відповідної інформації.

Аналіз основних природоресурсових законів і кодексів, таких як Водний, Земельний, Лісовий, Кодекс України про надра, Закон України «Про тваринний світ», «Про рослинний світ», «Про охорону атмосферного повітря» і т.д. на предмет наявності норм, які регламентують екологічне інформаційне забезпечення у відповідній сфері, свідчить про відсутність спеціальних статей, у яких би зазначався зміст

інформації про стан відповідних природних ресурсів, джерел, в яких вона міститься, органи, що відповідають за організацію інформування у певній сфері природо-користування тощо. Це зумовлює необхідність посилення системної регламентації інформаційних відносин у сфері використання природних ресурсів шляхом створення окремих правових приписів присвячених екологічному інформаційному забезпеченню.

Екологічне інформаційне забезпечення розглядається, по-перше, як засіб забезпечення права громадян на екологічну інформацію; по-друге, як засіб забезпечення екологічної безпеки та, по-третє, як відповідний напрям державного управління щодо реалізації державою своєї національної екологічної політики. Законодавча дефініція екологічного інформаційного забезпечення дається у ст.ст. 25, 25-1 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища», у ч. 2 ст. 50 Конституції України, встановлюється положеннями Орхуської конвенції ООН про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються навколишнього природного середовища (п. 3 ст. 2) та узагальнюючи зазначене у наведених нормативно-правових актах отримуємо екологічне інформаційне забезпечення, як урегульовану екологічним законодавством діяльність спеціально уповноважених державних органів, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, діяльність яких може негативно впливати або впливає на стан навколишнього природного середовища, життя і здоров'я людей щодо подання, збору, обробки, узагальнення та оприлюднення відомостей про екологічну обстановку.

Відповідно до ч. 2 ст. 25 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища»: основними джерелами екологічної інформації є: дані моніторингу довкілля; кадастрів природних ресурсів; реєстри (потенційно небезпечних матеріалів, речовин, продуктів, в тому числі небезпечних відходів, хімічних, токсичних, радіоактивних та інших речовин); автоматизовані бази даних; архіви; довідки, що видаються уповноваженими органами державної влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями, окремими посадовими особами.

Існують також проблеми у законодавчому регулюванні порядку доступу до інформації про стан довкілля. Так, на підставі ст. 5 Закону України «Про доступ до публічної інформації» [6, Ст. 314] можна виділити два шляхи доступу до інформації: 1) активний – надання інформації за запитами; 2) пасивний – систематичне та оперативне оприлюднення інформації в офіційних друкованих виданнях, на офіційних веб-сайтах в мережі Інтернет, на інформаційних стендах, будь-яким іншим способом. У ч. 2 ст. 25-1 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» більш детально регламентований пасивний елемент доступу до екологічної інформації, що є досить позитивним моментом. Проте, спеціалізоване законодавство не в повній мірі розкриває конкретний механізм виконання обов'язків уповноважених суб'єктів щодо надання екологічної інформації. Так, на думку З. Коцака, поза увагою законодавця залишилися питання розуміння систематичності інформування населення, а також конкретних видів ЗМІ, через які поширюватиметься екологічна інформація [3, с. 19]. Тому у цій частині законодавство про доступ до екологічної інформації потребує доповнення.

Удосконалення потребує і правове регулювання процедури зібрання екологічної інформації, доступу до неї, її обробки та використання в різних сферах природо-користування. Законодавство України містить низку недоліків у сфері реалізації

права громадян на екологічну інформацію. Тому, потрібно здійснити перехід від фрагментарного до системного правового регулювання екологічного інформаційного забезпечення, шляхом внесення змін та доповнень до існуючих нормативно-правових актів, або ж шляхом прийняття Закону України «Про екологічну інформацію».

Література:

1. Конституція України від 28.06.96 №254 // Відом. Верхов. Ради України. – 1996. – №30. – Ст. 141.
2. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 26.06.1991 року № 1264-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – №41. – Ст. 546.
3. Козак З. Порядок доступу до екологічної інформації: окремі правові проблеми / З.Козак, Н. Стецик // Вісник екологічної адвокатури. – 2006. – № 30. – С. 18-21.
4. Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства на 2007-2015 роки: Закон України від 09.01.2007р. № 537-V // Відом. Верхов. Ради України. – 2007. – № 12. – Ст.102.
5. Конвенція про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосується довкілля 25.06.1998р. // Офіційний вісник України. – 2010. – № 33. – Ст. 1191.
6. Про доступ до публічної інформації: Закон України від 13.01.2011 р. № 2939 – VI // Відом. Верхов. Ради України. – 2011. – № 32. – Ст. 314.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Безтосна А.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

Актуальність даної теми обумовлена тим, що виникає питання про те чи може залишатися конфіденційною інформація про хворобу, яка є небезпечною не тільки для пацієнта, але і для оточуючих. До таких хвороб зокрема можна віднести: туберкульоз, СНІД, сифіліс та ін.

Відповідно до ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта. Одним із обов'язків медичних працівників є збереження лікарської таємниці, яку становлять відомості про пацієнта, одержані шляхом використання службового становища.

Об'єкт лікарської таємниці – це відомості, які стали відомі медичному працівнику стосовно пацієнта при діагностиці, лікуванні чи реабілітації, конфіденційний характер яких визначений законом, обов'язок зберігати які покладатиметься також на інших осіб, котрим зазначена інформація стала відомою при виконанні своїх професійних обов'язків [1].

Заборона розголошення лікарської таємниці прописана не лише у Основах законодавства України про охорону здоров'я, а й у Кримінально-процесуальному

кодексі, де у п. 4 ч. 2 ст. 65 зазначено: 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 особи – про відомості, які становлять лікарську таємницю; а у п. 2 ч. 1 ст. 51 Цивільного процесуального кодексу говориться: не підлягають допиту як свідки особи, які за законом зобов'язані зберігати в таємниці відомості, що були довірені їм у зв'язку з їхнім службовим чи професійним становищем, – про такі відомості.

Існує чимало ситуацій коли збереження лікарем інформації про захворювання пацієнта може нашкодити іншій особі, наприклад: у Сімейному кодексі закріплений обов'язок майбутнього подружжя повідомити один одного про наявність хвороб і коли хтось з них приховує хворобу, яка є небезпечною для іншого, а лікар не вправі повідомити про загрозу. У нашому законодавстві розголошення цієї таємниці лікарем є кримінальним злочином.

Деякі науковці вважають, що основне призначення інституту медичної таємниці – попередження випадків можливого заподіяння моральної шкоди пацієнту та його близьким. Однак збереження медичної таємниці не може бути абсолютним. В. Версаєвважав, що якщо збереження медичної таємниці шкодить суспільству або оточуючим хворого, то лікар повинен порушити таємницю [2].

Заслужує на увагу вирішення цього питання російськими колегами, що у листопаді 1994 р. затвердили «Етичний кодекс російського лікаря», де визначили підстави, за яких розголошення лікарської таємниці не є злочином, це:

- розголошення лікарської таємниці з метою професійних консультацій;
- з метою проведення наукових досліджень, оцінок ефективності лікувально-оздоровчих програм, експертизи якості медичного допомоги і учбового процесу;
- коли у лікаря немає іншої можливості попередити спричинення значної шкоди самому пацієнту або оточуючим;
- за рішенням суду;

Звичайно у законодавстві України визначені випадки коли лікар має право на розголошення таємниці:

– у випадку надання допомоги неповнолітньому, що не досягнув віку 14 років та особі, що визнана недієздатною у встановленому законом порядку, з метою інформування її батьків (усиновлювачів) чи інших законних представників (ч. 2 ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 2 ст. 39, ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

– при організації надання особі, що страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги (ч. 4 ст. 6 Закону України “Про психіатричну допомогу”);

– при провадженні дізнання, досудового слідства чи судового розгляду, у зв'язку з письмовим запитом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду (ч. 4 ст. 6 Закону України “Про психіатричну допомогу”, ч. 2 ст. 8 Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”, ч. 5 ст. 14 Закону України “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними”);

– при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, ухиленні від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій встановленого переліку (ч. 2 ст. 26 Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб”;

п. 5 ч. 1 ст. 7 Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”);

– у випадку надзвичайних подій і ситуацій, що становлять загрозу здоров’ю населення, санітарному та епідемічному благополуччю, з метою інформування органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ч. 2 ст. 26 Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб”, п. 6 ч. 1 ст. 7 Закону України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”);

– у разі звільнення хворого на активну форму туберкульозу з установи кримінально-виконавчої системи з метою інформування про це орган охорони здоров’я за обраним звільненим місцем проживання (ч. 2 ст. 17 Закону України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”);

– у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, з метою повідомлення про це батьків або інших законних представників зазначених осіб (ч. 2 ст. 8 Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”).

Як на мене усі вище перераховані випадки носять масовий, глобальний характер можливості розголошення. Я вважаю, що статтю 39 Закону України «Основи законодавства країни про охорону здоров’я», потрібно доповнити наступним: «лікарська таємниця не може бути розголошена ю тільки в тому випадку, якщо ця інформація не уявляє загрози завдання безпосередньої шкоди оточуючим та/або суспільству».

На мою думку, законодавець повинен дослідити це питання та відповідно прийняти єдиний нормативно – правовий акт, розширював випадки розголошення інформацію та який легалізовано дозволяв медичним працівникам відкривати лікарську таємницю у тих випадках, коли це може нести загрозу іншим людям, не залежно від того носить ця загроза медичний характер чи соціальний

Література:

1. Резнікова В. “Право людини на інформацію про стан здоров’я” // Право України 2004 №9 с.3639;

2. Коробцова Н. “Правове регулювання медичної таємниці» // Підприємство, господарство і право – 2005 №4 с. 811;

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

Беркута В.Л.,

студент 46 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ФАРМАКОНАГЛЯД ЯК ЗАСІБ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ

Людина, її життя і здоров’я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю (ст. 3 Конституції України).

Лікарські препарати мають як позитивні, так і негативні наслідки для здоров’я людини. Людські трагедії на початку ХХ ст. зумовили виникнення фармаконагляду у багатьох країнах світу. Наприклад, у США перші пагони фармаконагляду з’явилися з прийняттям у 1938 р. Федерального закону про харчові продукти, лікарські засоби та косметичні вироби (Federal Food, Drug, and Cosmetic Act). Це була реакція на масові отруєння (понад 100 летальних випадків) так званими ефірними сульфаниламидами, у якому як розчинник використовувалася етиленгліколь. А у 60-ті роки минулого

століття світ приголомшила талідомідова трагедія. За період з 1956 р. до 1962 р. в деяких країнах народилося за різними підрахунками від 8 тис. до 12 тис. дітей з вродженими вадами кінцівок, обумовленими тим, що їх матері застосовували талідомід під час вагітності. Саме з часу талідомідової трагедії здійснення нагляду за безпекою препаратів під час їх медичного застосування стало одним з основних напрямків реалізації національної політики у сфері обігу лікарських засобів у переважній більшості країн світу. Міжнародний і національний регуляторний механізм нагляду за безпекою лікарських засобів отримав назву фармаконагляд.[1]

Ми з вами маємо сказати про те, що дана проблема не втратила свою актуальність і зараз.

Питання щодо фармаконагляду в Україні розглядали у своїх працях такі вчені, як О. Вікторов, В. Чумак, В. Стеців, О. Нагорна та інші.

Відповідно до п.2.26 Наказу Міністерства охорони здоров'я "Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування" від 27.12.2006 N 898 Фармаконагляд – це наукові дослідження та види діяльності, пов'язані з виявленням, оцінкою, розумінням та попередженням несприятливих явищ чи будь-яких інших проблем, пов'язаних із застосуванням препарату.

Державна система фармаконагляду в Україні існує з 1996 р. На сьогоднішній день її складовими є 3 ланки: центральна (Департамент післяреєстраційного нагляду у складі ДП «Державний експертний центр МОЗ України», далі – Центр); регіональна (регіональні відділення Центру, що функціонують в усіх областях України та Києві); локальна (особи, відповідальні за здійснення фармаконагляду в закладах охорони здоров'я).[1]

Завданнями фармаконагляду є : покращення надання медичної допомоги та її безпеки в результаті застосування лікарських засобів та проведення медичних і парамедичних втручань; покращення суспільного здоров'я шляхом забезпечення застосування ЛЗ; виявлення проблем, пов'язаних із застосуванням лікарських засобів шляхом вчасного звітування про це; оцінка користі, ризику ЛЗ та співвідношення «ризик – користь» при використанні лікарських засобів з метою запобігання шкоди та максимального збільшення користі; заохочення безпечного, раціонального та більш ефективного (включаючи рентабельне) використання лікарських засобів; сприяння розумінню, освіті та клінічній підготовці з ФН та ефективному інформуванню медичної громадськості та широкого загалу споживачів ЛЗ із питань безпеки ЛЗ [3]

Здійснення нагляду за побічною дією лікарських засобів регулюється такими нормативно – правовими актами: Закон України «Про лікарські засоби»; • Наказ МОЗ від 27.12.2006 р. № 898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування»; Наказ МОЗ від 24.12.2004 р. № 645 «Про вдосконалення робіт зі стандартизації і сертифікації в сфері лікарських засобів»; • Наказ МОЗ України від 31.08.2010 р. № 736 «Про заходи щодо впровадження моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я».

Віктор Чумак, заступник директора ДП «Державний експертний центр» МОЗ України, говорить, що сьогодні питання, пов'язані з державним контролем якості лікарських засобів, політизовані. Як наслідок, деякі політики виносять на широкий загал інформацію про наявність на вітчизняному ринку великої кількості неякіс-

ної та фальсифікованої продукції. Але ці повідомлення відрізняються від даних, що надає Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів (далі – Держлікінспекція) МОЗ України, яка виявляє приблизно 0,3% неякісної продукції та приблизно 0,1% – фальсифікованої. Також він наголосив, що нині територіальні підрозділи Держлікінспекції МОЗ України забороняють обіг серій лікарських засобів за наявності повідомлень про їх побічну дію. Але повідомлення про побічну реакцію під час застосування препарату не може слугувати причиною заборони його застосування. Важливо розрізнити фармацевтичні та фармакологічні властивості препарату.

Таким чином, повністю безпечних лікарських засобів не було, немає та не буде, ліки можуть бути прийнятно безпечними. Фармаконагляд спрямований на забезпечення здоров'я та життя пацієнтів під час прийому фармацевтичних препаратів. Це виключає використання фармаконагляду, як засобу, під час вирішення комерційних питань та його політизація, або розгляд як адміністративного важеля у прийнятті рішень щодо обігу препаратів

Література:

1. Еженедельник АПТЕКА №46 (967)-24.11.2014 р., ст.16 -[Електронний ресурс] //Режим доступу:http://www.apteka.ua/archives/967/images2/pdfcat_16.pdf

2. п.2.26 Наказу Міністерства охорони здоров'я “Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування” від 27.12.2006 N 898

3. WHO. 2006. The Safety of Medicines in Public Health Programmes. Geneva: WHO.

4. Еженедельник АПТЕКА №43 (764):Фармаконагляд в Україні: Фармаконагляд в Україні: перспективи подальшого розвитку-[Електронний ресурс] // Режим доступу:http://www.apteka.ua/archives/764/images2/pdfcat_8.pdf

Науковий керівник: д.ю.н., доц. Пашиков В. М.

Біблій П.В.,

студент 44 групи

ІЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПОРІВНЯННЯ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ЄС У СФЕРІ КОНТРОЛЮ БЕЗПЕКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Для подальшого розвитку фармацевтичної галузі України важливим є завдання забезпечення міжнародних стандартів якості лікарських засобів (ЛЗ) та системи нагляду за якістю ЛЗ, зареєстрованих на території України.

Проблема подальшого реформування вітчизняної фармацевтичної галузі у фокусі євроінтеграції є досить актуальною, в тому числі й у системі забезпечення якості ЛЗ і контролю за безпекою їх використання.

Серед науковців, які займалися даним питанням слід виділити В.М.Толочка, Ю.П.Медведева, І.В.Шишкіна, Л.В. Демчук, Р.І. Байцар, В.С.Ткаліч, І. М. Коросташова, Л.О.Глуценко та ін.

Систему українського законодавства про охорону здоров'я побудовано за класичною моделлю, в основі якої – ієрархія актів і норм. На верхівці цієї своєрідної піраміди – Конституція України, зокрема ст. 49, яка встановлює право кожній людині на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. На нижчому рівні – законодавчі акти, прийняті Верховною Радою України у розвиток положень зазначеної норми Конституції. [2]

Законодавча і нормативно-технічна документація на медичні вироби повинна постійно вдосконалюватися та своєчасно поновлюватися з метою заміни застарілих показників якості відповідно до потреб сьогодення. Основними нормативно-правовими актами, що регулюють обіг медичних виробів, є: ЗУ «Про підтвердження відповідності» від 17.05.2001 р. № 2406-III; ЗУ «Про стандарти, технічні регламенти та процедури оцінки відповідності» від 10.04.2008 р. № 255-VI; ЗУ «Про стандартизацію» від 17.05.2001 р. № 2408-III; ЗУ «Про акредитацію органів з оцінки відповідності» від 17.05.2001 р. № 2407; ЗУ «Про метрологію та метрологічну діяльність» від 11.02.1998 р. № 113/98; ЗУ «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 5.04.2007 р. № 877-V; ЗУ «Про дозвільну систему у сфері господарської діяльності» від 06.09.2005 р. № 2806-IV. [1]

Серед них особливе місце посідають Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. Цим самим нормативно-правовим актом, а також Законом України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР окреслені основні засади державного регулювання і загальна регламентація фармацевтичної діяльності в Україні.

Концептуальні положення, що визначають заходи державного регулювання і державного впливу у сфері обігу лікарських засобів, визначаються не тільки законодавчими актами загального порядку, наприклад Господарським кодексом України, Законом України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності», а й спеціальними законодавчими актами, серед яких провідне місце посідає Закон України «Про лікарські засоби». [2]

Як зазначають В. М. Толочко, Ю. П. Медведєва та І. В. Шишкіна, сучасна система законодавчого забезпечення якості, контролю за безпекою використання ЛЗ та фармацевтичного нагляду в усіх країнах ЄС здійснюється на 2-ох рівнях – загальноєвропейському та національному. Одним з ключових механізмів, що забезпечує функціонування цієї інтегрованої системи контролю якості лікарських засобів, є Європейська фармакопея, яка являла собою перший крок у створенні єдиного європейського законодавчого простору у сфері ЛЗ. У сфері контролю за ЛЗ у 1993 р. було засновано спеціалізоване незалежне агентство ЄС – Європейське агентство лікарських засобів. На сьогодні основним органом, що відповідає за створення та постійну доробку Європейської фармакопеї, є Європейський директорат з якості лікарських засобів.

Згідно з думкою вищевказаних вчених, аналізуючи нормативні документи ЄС та українське законодавство стосовно питання, що досліджується, можемо побачити, що за положеннями, які покладено в основу діючої системи забезпечення якості та безпеки використання ЛЗ в ЄС, українська система має низку суттєвих відмінностей.

По-перше, вітчизняна система контролю якості ЛЗ за багатьма аспектами, як і раніше, акцентована на контролі якості кінцевого продукту на відміну від європейської, сконцентованої на контролі умов виробництва.

По-друге, європейська система фармацевтичного нагляду, яка забезпечує безпеку використання та контроль за ефективністю ЛЗ – передбачає не тільки моніторинг, але й рішучі дії, спрямовані на захист здоров'я населення.

Наприклад, Директива 2001/83/ЄС Європейського парламенту і Ради ЄС від 6.11.2001 р. «Про звіт законів Союзу відносно лікарських засобів для людини», упроваджує також систему фармакологічного нагляду, що забезпечує прийняття

відповідних регулюючих рішень стосовно ЛЗ, зареєстрованих на території ЄС, на основі отриманої інформації про побічні ефекти цих ЛЗ в умовах їх звичайного застосування. В Україні нагляд за побічними реакціями ЛЗ здійснюється відповідно до наказу МОЗ № 898 від 27.12.2006р. «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування», новий проект якого складений з урахуванням міжнародних стандартів, носить назву «Порядок здійснення нагляду за побічними реакціями/відсутністю ефективності лікарських засобів, дозволених до медичного застосування» і зараз знаходиться в стадії обговорення[3].

Таким чином, підтримуючи В. М.Толочка, Ю. П. Медведєва та І. В.Шишкіна пропонуємо враховувати при прийнятті нових редакцій законодавчих документів: 1) подальшу трансформацію системи контролю якості ЛЗ у напрямку концентрації на контролі умов виробництва фармацевтичної продукції; 2) реформування вітчизняної системи фармакологічного моніторингу шляхом подальшого вдосконалення роботи системи нагляду за побічними ефектами

Література:

1. Глущенко Л., Законодавство про контроль якості лікарських засобів, // Юридика України, №3, 2001р., С. 45-48.
2. Демчук Л.В., Байцар Р.І., Забезпечення якості виробництва та обігу медичних виробів [Електронний ресурс: Режим доступу http://archive.nbuv.gov.ua/portal/natural/vnulp/Avtomatyka/2012_741/03.pdf]
3. Толочко В. М., Медведєва Ю. П., Шишкіна І. В., Система забезпечення якості та контролю за безпекою використання лікарських засобів в європейському союзі// Управління, економіка та забезпечення якості в фармацевції, № 4(18), 2011р., С. 4-8

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

Блажко Т.Д.,

студент 35 групи

ПІОУ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЦІНА ЯК ІСТОТНА УМОВА ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Договір про надання медичних послуг є найпоширенішою підставою виникнення цивільно-правових відносин з платного надання цих послуг. На договір про надання медичних послуг поширюються загальні положення цивільного права про правочин і договір. Тому договір про надання медичних послуг варто розглядати як домовленість сторін цього договору, зокрема пацієнта та медичної установи, у формі погодженої з медичною установою згоди пацієнта на надання медичної допомоги згідно із загальноцивільними умовами дійсності на набуття чинності договором.

Відносини з надання медичних послуг ознаменовані низкою досліджень і публікацій, зокрема це праці А. Савицької, О. Смотрової, Р. Майданика, С. Антонова, О. Крилової та інших учених, котрі проводили дослідження в цій сфері [1, с. 16]. Проте окремі умови цього виду договору, такі як ціна, потребують подальшого вивчення.

Істотними умовами договору про надання медичних послуг прийнято вважати: умови про предмет, ціну, умови надання медичної послуги, відповідальність сторін, передбачену як договором, так і чинним законодавством, випадки розірвання договору як за згодою сторін, так і з ініціативи однієї сторони, та його наслідки, термін

дії договору, а також інші умови, що визначені законом як істотні або є необхідними для даного виду договору, а також ті умови, на включенні яких наполягає одна із сторін (медичний заклад або пацієнт) [2].

Ціна як істотна умова даного виду договору складає окремий розділ у ньому та містить фінансові зобов'язання сторін, а також порядок, форми, способи і терміни оплати послуги. Виходячи із умов договору, замовник зобов'язаний оплатити надані йому послуги у строки та в порядку, які зазначені в договорі [3, с. 295].

Ураховуючи принцип свободи договору, особа може погодитись на ціну, установлену послугодавцем, й укласти договір або ж, навпаки, відмовитись від його укладення. На практиці дуже часто буває так, що після погодження всіх істотних умов, у тому числі ціни на надання медичної послуги у повному обсязі відповідно до потреб пацієнта, останній відмовляється здійснити погоджену оплату послуги [4, с.116].

Наприклад, Київським районним судом м. Одеси була розглянута цивільна справа за позовом кардіологічної клініки гр.Л та гр. К про стягнення заборгованості за надані медичні послуги. Судом установлено, що після проведення медичного огляду гр. Л в присутності її дочки гр.К було запропоновано лікування шляхом коронарографії та балонної коронарної ангіопластики з установлення одного стенту. Відповідачі погодились із запропонованим медичним втручанням, гр. К підписала інформовану згоду та згоду на медичне втручання щодо своєї матері. Відповідне лікування позивачем було виконане у повному обсязі. Загальна вартість виконаних медичних послуг становила 38 175 грн, проте відповідачі сплатили лише 7 475 грн вартості послуги, відмовившись сплачувати іншу частину боргу через тяжке матеріальне становище [5]. Тож, щоб запобігти аналогічним випадкам у медичній практиці про факт погодження ціни між сторонами окремо варто вказувати в письмово оформленій інформованій згоді пацієнта.

Однією з особливостей надання медичної допомоги є мала передбачуваність визначення всього обсягу робіт, необхідного для обстеження або лікування пацієнта, що може істотно позначитися на вартості надаваних послуг. Проте медична установа не має права нав'язувати пацієнтові надання додаткової послуги, наданої за плату, а також надавати такі послуги без згоди пацієнта – він може відмовитися від оплати послуги, не передбаченої договором [3, с. 295].

Щодо порядку розрахунків за надану послугу, то він визначається договором між замовником і виконавцем. Однак медичні заклади не повинні ігнорувати положення Закону України «Про захист прав споживачів» щодо підвищення ціни, плати за послуги. Однак можлива й інша ситуація, коли порушуються інтереси медичного закладу. На практиці пацієнти нерідко відмовляються від замовлених і практично виконаних медичних послуг (робіт). Наприклад, у стоматології пацієнти інколи вимагають безоплатного перероблення якісних ортопедичних конструкцій, зауважуючи, що вони «вже їм не підходять». У такому разі лише письмовий договір допоможе виконавцеві отримати не тільки повне відшкодування своїх витрат, а й стягнути плату за виконані послуги [4, с.117].

Орієнтована вартість медичних послуг повинна виходити зі затвердженого прейскуранта цін, на основі яких вираховується вартість послуг, необхідних за планом лікування. А отже, визначається потрібним закріплення в договорі посилання на прейскурант цін як важливої частини договору. У договорі на медичне обслуговування можна також закріпити додаткові умови стосовно оплати при екстреній

госпіталізації, розрахунках при наявності страхового полісу або отриманні пільг та знижок тощо. Ці питання не підлягають обов'язковому закріпленню, але можуть бути внесені до умов договору за бажанням сторін [6, с. 125].

Отже, ціна як істотна умова договору про надання медичних послуг, на перший погляд, не викликає занепокоєння та застережень. Але на практиці виникає доволі багато спірних ситуацій, які стосуються цінового розділу договору, деякі з яких описані вище, а тому сторонам при оформленні відносин, охоплених даним видом договору, слід уважніше поставитись до визначення досліджуваної умови та намагатись спрогнозувати її наслідки.

Література:

1. Герц А.А. Класифікація договорів про надання медичних послуг / А.А. Герц // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2015. – вип..32. – С. 16-20.

2. Волинець Т.В. Цивільно-правові засоби здійснення права на медичну допомогу // Дис.. на к.ю.н. за спец. 12.00. – Львівський національний університет імені Івана Франка. – Львів, 2008.

3. Воробцова Н.О. Основні розділи платного договору надання медичних послуг / Н.О. Воробцова // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/14346/1/%D0%92%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B9%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%9D.%D0%9E..pdf>

4. Герц А. А. Ціна як істотна умова договору про надання платних медичних послуг / А. Герц // Юридичний вісник. – 2015. – № 1. – С. 115-118. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/urid_2015_1_22.pdf

5. Справа № 1512/13145/2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.reyestr.court.gov.ua>.

6. Савченко В.О. Особливості змісту договору про надання медичних послуг / В.О. Савченко // Вісник Харківського університету імені В.Н. Каразіна. – 2013. – вип..№ 14. – С. 123-127.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Боберська А.В.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРИВАТНА МЕДИЧНА ПРАКТИКА

ЯК ВИД СПЕЦІАЛЬНОЇ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Згідно Конституції України, кожен має право на підприємницьку діяльність, яка не заборонена законом [1]. Таку ж можливість для кожного передбачає Господарський кодекс України – підприємництво в Україні здійснюється в будь-яких організаційних формах, передбачених законом, на вибір підприємця [2].

Останнім часом в Україні дедалі більшого поширення набуває приватна медична практика. Така діяльність в Україні провадиться на основі Конституції України, Господарського кодексу України, Законів України «Про ліцензування видів господарської діяльності», «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно – правових актів.

Медична практика – 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[3].

Термін “медична практика” визначається також, як вид господарської діяльності у сфері охорони здоров’я, який провадиться закладами охорони здоров’я та фізичними особами – підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, з метою надання видів медичної допомоги, визначених законом, та медичного обслуговування [5].

Діяльність приватних медичних закладів здійснюється через утворені приватні (недержавні) клініки – лікувальні заклад, які відрізняються від лікувальних закладів державної та комунальної форми власності тільки тим, що медична допомога в приватних клініках надається на платній основі [8, с.48].

До недержавних клінік ставляться ті ж вимоги, що і до інших лікувальних закладів, з тією лише відмінністю, що контроль за їх дотриманням з боку державних органів надто жорсткіший [6, с.124].

Медична практика у приватних клініках здійснюється на підставі ліцензії на певний вид медичної практики за умови виконання клініками кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог, установлених ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики [4] та за умови: наявності приміщень, що відповідають установленим санітарним нормам і правилам; наявності приладів, обладнання, оснащення відповідно до табеля, оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень; укомплектованості працівниками (лікарями, провізорами, молодшими спеціалістами з медичною та фармацевтичною освітою) для провадження господарської діяльності з медичної практики; дотримання вимог щодо атестації медичних працівників та фармацевтичних працівників; проходження медичними та фармацевтичними працівниками обов’язкових медичних оглядів; наявності входу та умов для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями [5]. Порядок та умови видачі таких ліцензій встановлені Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності». Ліцензія – документ, 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 [4].

Медичною діяльністю можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Такі вимоги встановлені Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників [9].

На законодавчому рівні існує низка обмежень щодо видів медичної допомоги, які можуть надавати недержавні лікувальні заклади, а саме:

- лікувальні заклади приватної форми власності позбавлені права видавати листки непрацездатності, які є невід’ємною частиною лікувального процесу як в умовах амбулаторії, так і в умовах стаціонару;

- існують обмеження щодо використання лікарських засобів, що віднесені до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, діяльність з якими потребує отримання ліцензії, що дає право суб’єкту господарювання на здійснення зазначених у ньому видів діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів наркотичних засобів і психотропних речовин протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов[10].

Використання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, регламентується нормами Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», Постановою КМУ від 13.05.2013р. N 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» та низкою інших нормативно-правових актів.

Отже, як висновок, маю зазначити, що приватна медична практика в Україні – це надання медичних послуг медичними працівниками поза установ державної і комунальної систем охорони здоров'я за рахунок особистих коштів громадян або за рахунок коштів підприємств, установ і організацій, в тому числі страхових медичних організацій, відповідно до укладених договорів. Договори про надання медичних послуг – це достатньо специфічний вид договорів, оскільки кінцевим споживачем таких послуг є фізичні особи, медичні послуги безпосередньо пов'язані з впливом на людину та на її на особливе благо – здоров'я.

Послуги, що надають лікувальні заклади приватної форми власності, повинні відповідати потребам споживачів і конкурувати один з одним, щоб поліпшити якість обслуговування при мінімальних затратах. Законодавча база у сфері охорони здоров'я, хоча і склалася в часи коли приватна медицина знаходилась у стадії становлення [7, с. 215], наразі це не перешкоджає діяльності приватних медичних лікувальних закладів. Однак, розвиток приватної медицини в Україні потребує врахування та закріплення нагальних потреб як медичних закладів так і пацієнтів в законодавчих та нормативно-правових актах, особливо в частині визначення прав та обов'язків, якості послуг, з орієнтацією їх на кінцеві результати для забезпечення права громадян на охорону здоров'я через його збереження і зміцнення.

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996р.// ВВР,1996, №30,ст. 141.
2. Господарський кодекс України від 16.01.2003р. № 436-IV // ВВР, 2003, № 18, № 19-20, № 21-22, ст.144.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992р. // ВВР,1993, №4, ст.19.
4. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від від 02.03.2015р. № 222-VIII // ВВР, 2015, № 23, ст.158.
5. Наказ МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.02.2011р. № 49.
6. Вінник О.М. Господарське право: Курс лекцій. – К.: Атіка, 2005. – 624 с.
7. Господарське право: навч. посібник / Л.А. Жук, І.Л. Жук, О.М. Неживець. – К.: Кондор, 2003. – 400 с.
8. Господарське право України: підручник / За ред. В.М. Гайворонського, В.П. Жушмана. – Х., 2005. – 384 с. 5.
9. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України 29.12.2004р. N 336 «Про затвердження Випуску 1 “Професії працівників, що є загальними для всіх видів економічної діяльності” Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників»
10. Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» 15.02.1995 року N 60/95-BP // ВВР, 1995, N 10, ст. 60

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

*Боровко А.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Здоров'я людини є особистим немайновим благом, що належить йому від народження. На відновлення та підтримку здоров'я спрямована діяльність з надання медичних послуг, але, як свідчать фахівці, медична практика є діяльністю, що характеризується непередбачуваністю результату та високим ризиком завдання шкоди пацієнту. Успіхи медичної науки призводять, з одного боку, до великих очікувань, які населення покладає на лікарів, з другого боку – до значного ускладнення медичних технологій. Збільшується кількість випадків складно передбачуваних алергічних реакцій, симптоми захворювань досить часто не мають явно вираженого характеру, а застосування інструментальних методів діагностики є потенційною загрозою для здоров'я пацієнта. Більше того, поширилась обізнаність пацієнтів про свої права, у зв'язку з чим збільшилися їх вимоги до дотримання лікарями положень медичної та загальнолюдської етики. Тому лікар, здійснюючи свою професійну діяльність, постійно підлягає ризику застосування до нього санкцій, які найчастіше зводяться до сплати грошової компенсації відповідно до розміру шкоди, завданої пацієнту. З другого боку, актуальність цієї теми зумовлена необхідністю забезпечення фінансової допомоги пацієнтам, яким заподіяно шкоду внаслідок професійних помилок, упущень та недбалості з боку лікарів, які з необережності їх припустилися у процесі здійснення професійної медичної діяльності.

Проблемі страхування професійної відповідальності медичних працівників приділяли увагу такі фахівці, як: С. Антонов, З. Гладун, М. Малєїна, І. Сенюга, В. Стеценко, С. Стеценко, Р. Стефанчук, М. Мельощева, В. Богомаз, В. Горенко, С. Гур'янова, Д. Смолич, І. Дрозд, В. Єрмілов, Д. В. Карамішев, О. Г. Рогова, Т. Тимохірова, Н. В. Зачосова, О. Файер, О. В. Манжосова та російські вчені А. Мантіков, І. Шинкаренко, М. Шишов, Ю. Нестеренко.

Страхування професійної відповідальності лікарів не є поширеним видом страхування в Україні. Переважна більшість лікарів не знають, у чому полягає сутність страхування професійної відповідальності лікарів, які є переваги в наявності договору страхування. Міжнародна медико-правова практика свідчить, що в провідних світових країнах знайдені прийнятні шляхи страхування лікарів через особливості їхньої професії. Перший закон про введення системи страхування на випадок нанесення збитку пацієнтові був прийнятий у Фінляндії 25 липня 1986 р. У ньому зазначено, що будь-який збиток, нанесений пацієнтові з огляду на надання йому медико-санітарної допомоги або з його участю в медичних дослідженнях, підлягають компенсації. Причому для отримання компенсації не потрібно пошуків конкретної винної особи, що часто буває вельми складно для пацієнта.

Переваги, що надає страхування професійної відповідальності:

- при виникненні ризику непередбачуваних випадків страхова компанія, а не медичний працівник особисто, здійснює всі необхідні виплати потерпілому;
- ці виплати багатократно перевищують суму платежу, який сплачується при отриманні страхового договору;
- страхова компанія надає юридичний супровід під час судового розгляду справи, пов'язаної зі страховим випадком.

Страховання професійної відповідальності медичних працівників має такі риси.

– Солідарний характер накопичення та розпорядження коштами, участь у процесі страхування медичних працівників в якості як страхувальників, так і страховиків. Такий вид страхування носить солідарний характер та дозволяє акумулювати кошти широкого кола надавачів медичної допомоги на випадок завдання шкоди життю чи здоров'ю пацієнта (споживача такої допомоги).

– Корпоративний (професійний) характер відповідальності як основа страхового відшкодування. Створення та діяльність товариств взаємного страхування професійної відповідальності медичних працівників має визначитися не тільки нормами законодавства України щодо належної медичної практики, а й етико-правовими вимогами щодо всіх стадій процесу надання медичної допомоги та медичної інформації. Тому в основу прийняття рішень керівними органами товариств взаємного страхування буде покладено незаангажовану фахову оцінку дій лікаря колегами-професіоналами.

Більшість медичних працівників здійснює свою професійну діяльність, перебуваючи в трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, а отже, відповідно до ч. 1 ст. 1172 ЦКУ юридична чи фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Хоча варто відзначити, що юридична або фізична особа – роботодавець наділені правом регресу щодо безпосереднього заподіювача шкоди. Що стосується медичних працівників, які надають медичні послуги, здійснюючи приватну медичну практику, вони несуть самостійну відповідальність на загальних засадах деліктних зобов'язань.

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди.

Предметом договору страхування є майнові інтереси, пов'язані з відповідальністю лікарів перед пацієнтами, життю та/або здоров'ю яких може бути завдана шкода, внаслідок помилкових рішень або дій (бездіяльності) при наданні медичних послуг.

Страховими ризиками при страхуванні професійної відповідальності лікарів можуть бути: помилки при визначенні діагнозу захворювання; помилки в рекомендаціях при проведенні лікування; неякісно чи взагалі неправильно проведений курс лікування; помилки при наданні рецептів на застосування медичних препаратів; передчасна виписка із стаціонару чи закриття листів непрацездатності осіб; помилки при інструментальних методах досліджень та лікування; помилки при проведенні хірургічних операцій тощо.

За договором страхування професійної відповідальності лікарів страхова компанія у разі настання страхового випадку відшкодовує в межах страхової суми: грошову суму у розмірі позову за обґрунтованими претензіями, які підлягають відшкодуванню відповідно до вимог чинного цивільного законодавства; необхідні та доцільні витрати за попереднім з'ясуванням обставин, що сталися внаслідок дій (бездіяльності) лікаря; у випадку судового розгляду витрати на ведення справи; доцільні витрати на рятування життя, зменшення шкоди особам, яким завдана шкода, обов'язок з відшкодування якої несе лікар.

В разі смерті потерпілого право на відшкодування шкоди мають непрацездатні особи, які були на його утриманні або мали на день його смерті право на одержання від нього утримання, а також дитина потерпілого, народжена після його смерті. Шкода в такому разі відшкодовується: 1) дитині – до досягнення нею 18 років (учню, студенту – до закінчення навчання, але не більш як до досягнення ним 23 років); 2) чоловікові, дружині, батькам (усиновлювачам), які досягли пенсійного віку, встановленого законом, – довічно; 3) інвалідам – на строк їх інвалідності; 4) одному з батьків (усиновлювачів) або другому з подружжя чи іншому членові сім'ї незалежно від віку і працездатності, якщо вони не працюють і здійснюють догляд за: дітьми, братами, сестрами, внуками померлого, – до досягнення ними 14 років; 5) іншим непрацездатним особам, які були на утриманні потерпілого, – протягом п'яти років після його смерті. Саме ці особи, не будучи стороною договору страхування, є фактичними вигодо-набувачами в разі завдання шкоди їх інтересам.

Зважаючи на ризиковий характер самих відносин, страховий випадок відзначається певними особливостями, а саме ознаками випадковості й імовірності, але при цьому він не повинен бути обов'язковим. Страховик при відшкодуванні шкоди обов'язково передбачає наявність вини, яка виявляється у формі умислу чи необережності. В разі умисного завдання шкоди страховик, як правило, не здійснює страхових виплат, якщо за договором страхування не передбачено інше.

Таким чином страхування професійної відповідальності в системі відомчої охорони здоров'я дає змогу забезпечити можливість постраждалому пацієнтові отримати матеріальне відшкодування за збиток здоров'ю у разі дефекту надання медичної допомоги; захистить лікаря від матеріальної відповідальності за завдану шкоду здоров'ю пацієнта, що дуже важливо, оскільки відповідно до вимог цивільного законодавства має йтися про необхідність відшкодування особою, що надала послугу (виконавцем); захистить фінансову базу охорони здоров'я в умовах дефіциту коштів, оскільки фінансові витрати на відшкодування шкоди здоров'ю пацієнта забезпечуються страховими організаціями, і не залучаються кошти, призначені для лікування інших хворих.

Зазначене обумовлює нагальну потребу запровадження негайних заходів, які б сприяли значному покращенню стану справ у сфері охорони здоров'я та, зокрема, забезпечили б належні умови праці та захист медичних і фармацевтичних працівників, а також гарантували б пацієнтам можливість належної реалізації їх конституційного права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, закріплене ст. 49 Основного Закону нашої держави.

Література:

1. Страхування: теорія та практика : [навч.-метод. посіб.] / Н. М. Внукова, В. І. Успенко, Л. В.Временко [та ін.] ; за заг. ред. проф. Н. М. Внукової. – Х. : Бурун Книга, 2004. – 376 с.

2. Антонов С.В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невалидим медичним втручанням//Управління закладом охорони здоров'я. – 2007 – №7.

3. Про управління якістю медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 24 лютого 2010 р. № 163.

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

*Бородай А.В.,
студент 43 групи,
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

НАСЛІДКИ НЕДОТРИМАННЯ ЛІЦЕНЗІЙНИХ УМОВ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Надано вичерпний перелік критеріїв, на основі яких комісією МОЗ України визначає можливість/ неможливість виконання суб'єктами господарювання Ліцензійних умов, а саме: 1) відсутність за місцем провадження господарської діяльності матеріально-технічної бази (виробничих площ, обладнання, матеріальних ресурсів або медичної документації обліку і звітності, які в установленому порядку використовуються під час здійснення діяльності за видами медичної допомоги), яка була заявлена в документах, що подавались до заяви на отримання ліцензії; 2) надання медичної допомоги хворим без застосування або з порушенням вимог уніфікованого клінічного протоколу, затвердженого МОЗ України; 3) відсутність медичних працівників або наявність медичних працівників, допущених до здійснення господарської діяльності з медичної практики без відповідного рівня освіти і кваліфікації; 4) використання методів лікування, які не дозволені до застосування МОЗ України; 5) порушення санітарних норм і правил закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, які призвели або можуть призвести до тяжких наслідків (смерті або інвалідності); 6) використання лікарських засобів без державної реєстрації; 7) відсутність розроблених та затверджених керівником закладу охорони здоров'я локальних клінічних протоколів; 8) використання праці без оформлення трудових відносин з працівником; 9) відсутність свідоцтва про атестацію лабораторії закладу охорони здоров'я у випадку, коли лабораторні методи дослідження є основним напрямом провадження господарської діяльності з медичної практики в закладі охорони здоров'я та фізичної особи – підприємця; 10) використання приміщення закладу охорони здоров'я з порушенням вимог ДБН В.2.2-10-2001 «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я»; 11) використання виробів медичного призначення без державної реєстрації. [1]

Зазначена вище чітка деталізація дійсно дозволяє уникнути ситуації невизначеності та неоднозначного застосування поняття «неможливість ліцензіата забезпечити виконання Ліцензійних умов», що згідно із законодавством є критерієм для застосування процедури анулювання ліцензії на медичну практику. Однак спірним є беззаперечне застосування на практиці критерію щодо надання медичної допомоги хворим без застосування або з порушенням вимог уніфікованого клінічного протоколу, затвердженого МОЗ України та відсутності відповідно розроблених та затверджених керівником закладу охорони здоров'я локальних клінічних протоколів. Це твердження продиктовано тим, що МОЗ України затверджено уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації не за всіма існуючими нозологіями, відповідно до яких в закладах охорони здоров'я здійснюється розроблення локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів).

Повторне порушення Ліцензійних умов – вчинення ліцензіатом протягом строку дії ліцензії повторного порушення Ліцензійних умов після прийняття розпорядження МОЗ України щодо усунення в установлені терміни аналогічного порушення.

Як що відбувається порушення ліцензування, то вона підлягає анулюванню з підстав, визначених статтею 21 Закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” та зазначених у відповідних актах, а саме:[2]

Акт про повторне порушення ліцензіатом Ліцензійних умов;

Акт про виявлення недостовірних відомостей у документах, поданих суб’єктом господарювання для одержання ліцензії;

{Абзац третій пункту 7.1 розділу VII із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров’я № 1163 від 30.12.2013}

Акт про встановлення факту передачі ліцензії або її копії іншій юридичній або фізичній особі для провадження господарської діяльності;

Акт про невиконання розпорядження про усунення порушень Ліцензійних умов;

Акт про неможливість ліцензіата забезпечити виконання Ліцензійних умов, встановлених для господарської діяльності з медичної практики;

Акт про відмову ліцензіата в проведенні перевірки МОЗ України.

Отже, у переліку наведеному вище можна побачити що є чіткі критерії яких потрібно дотримуватися, що б уникнути наслідків.

Ці норми сприяють впорядкуванню нормативного регулювання ведення господарської діяльності з медичної практики фізичними особами – підприємцями та юридичними особами.

Посилання:

1. Наказ «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров’я, що ліцензуються» від 26 травня 2011 р. [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0634-11>

2. Закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” від 02.03.2015. [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1775-14>

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

Бульбаха К.С.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ АГРАРНИХ ВІДНОСИН У СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КООПЕРАТИВАХ

Законодавство України закріпило принцип демократичності в управлінні сільськогосподарським кооперативом, а також рівності у праві прийняття рішень та при розподілі доходу, з урахуванням участі кожного у діяльності кооперативу. Гарантовано можливість контролю за роботою кооперативу з боку його членів, у передбаченому Статутом порядку.

Проте, демократизація управління сільським господарством можлива лише при розширенні ролі та значення локальної нормотворчості, як основи для формування джерел аграрного права.

Питаннями правового регулювання аграрних відносин на локальному рівні в межах сільськогосподарського кооперативу, цікавилось чимало науковців, а саме Білека А., Волкова Н., Гафурова О., Лаврик Г., Панченко В., Семчик В., Шульга М. та інші.

Особливості локальної нормотворчості у сільськогосподарських кооперативах зумовлені особливим характером відносин власності у кооперативі. Окрім того, організація та виробничо-господарська діяльність кооперативу супроводжується виникненням, зміною та припиненням земельних, трудових, організаційно-управлінських та інших видів відносин, звісно за домінування саме земельних та трудових, як найбільш специфічних для аграрного виробництва [2].

Вказані відносини фактично не врегульовані за допомогою централізованих норм, а тому їх належне правове регулювання можливе лише за умови належної локальної нормотворчості.

Основою внутрішньо аграрних правовідносин беззаперечно складають саме майнові відносини, що виникають і розвиваються в межах конкретного сільськогосподарського кооперативу. За своєю правовою природою й характером майнові відносини досить різноманітні та поділяються на відносини, що безпосередньо виражають відносини власності в сільськогосподарському виробництві в процесі володіння, користування та розпорядження об'єктами цієї власності; відносини, що складаються між сільськогосподарськими організаціями і їх внутрішніми виробничими підрозділами; відносини, що складаються між сільськогосподарською організацією й громадянами у зв'язку з веденням ними особистих селянських господарств; деліктні внутрішні майнові правовідносини. Проте, вказані відносини так само можуть бути ефективно врегульовані виключно в межах локальних нормативно-правових актів [3].

Аналіз змісту Закону України «Про кооперацію», Закону України «Про сільськогосподарську кооперацію», а також ст. 3 Кодексу законів про працю України щодо внутрішнього регулювання трудових відносин, вказує, що держава передбачила право кооперативів на здійснення локального регулювання певного кола суспільних відносин безпосередньо на місцях у локальному правовому порядку. Головними локальними нормативно-правовими актами, що видаються у сільськогосподарських кооперативах є Статут і Правила внутрішньогосподарської діяльності.

До суб'єктів локальної нормотворчості в сільськогосподарських кооперативах відносяться засновники сільськогосподарського кооперативу (саме вони приймають (затверджують) Статут кооперативу) та загальні збори, як вищий орган управління справами сільськогосподарського кооперативу (ними приймаються усі інші внутрішньогосподарські локальні нормативно-правові акти).

Науковцями запропоновано різні підходи до визначення ключових ознак локального нормативно-правового регулювання в сільськогосподарських кооперативах.

Так, Білека А.А. запропонував такі ознаки як вторинність та обумовленість соціальним законодавством про сільськогосподарську кооперацію, специфічний суб'єктний склад та склад правового регулювання. Окрім того, розглядає локальну нормотворчість як специфічну форму самоорганізації членів кооперативу [1].

Обгрунтованою видається позиція Панченко В.В., яка сформулювала, ознаки внутрішніх локальних нормативно-правових актів сільськогосподарських кооперативів поділяючи їх на загальні та специфічні.

До загальних пропонується віднести вольовий та санкціонований характер таких актів, а також віднесення їх до підзаконних нормативно-правових актів. Специфічними ознаками слід вважати їх належне оформлення, дія лише в межах конкретного сільськогосподарського підприємства, обов'язковий характер для виконання з

боку керівників, спеціалістів, членів, найманих працівників сільськогосподарського підприємства

Видається логічним, що законодавством мають бути закріплені межі, чи принципи (вихідні засади) локального правового регулювання в межах сільськогосподарських кооперативів.

Науковцями звертається увага, що враховуючи складність, а також недостатній рівень юридичної освіченості членів низових колективів працюючих (особливо селян), та з метою принципової уніфікації змісту локальних нормативно-правових актів особливої актуальності набувають проблеми розробки та прийняття Примірних нормативно-правових актів стосовно найбільш істотних відповідних актів локального характеру. Слід наголосити на необхідності широкої роз'яснювальної роботи щодо створення системи сільськогосподарських кооперативів, спроможних стати підтримкою сільськогосподарських товаровиробників у нелегкий для них час. Відтак, доцільно активізувати дорадчу сільськогосподарську діяльність у напрямі пропаганди та консультування щодо діяльності сільськогосподарських кооперативів [3].

Отже, приходимо до висновку, що вже на часі є робота з розробки та видання відповідними державними органами примірних зразків та форм актів локальної нормотворчості сільськогосподарських кооперативів з метою надання загального уявлення про форму та бажаний зміст внутрішніх документів та в подальшому спростить їх державну реєстрацію.

Література:

1. Білека А.А. Вихідні засади локального нормативно-правового регулювання відносин у сільськогосподарських кооперативах: до характеристики сучасної інтерпретації / А.А. Білека // Вісник Запорізького національного університету. Юридичні науки. – 2013. – № 1(2). – С. 118-124.

2. Лаврик Г.В. Теоретико-правові засади взаємовідносин між державою і кооперативними організаціями в Україні [Електронний ресурс] / Г. В. Лаврик // Університетські наукові записки. – 2014. – № 1. – С. 11-17.

3. Білека А.А. Деякі питання забезпечення законності у сфері локального правового регулювання аграрних відносин у сільськогосподарських кооперативах [Електронний ресурс] / А.А. Білека// Право та державне управління. – 2013. – № 1. – С. 60-64.

4. Панченко В.В. Внутрішньогосподарські локальні нормативно-правові акти сільськогосподарських підприємств як форма аграрного права: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.06 / Вікторія Валеріївна Панченко. – Харків : Б.в., 2011. – 20 с.

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

*Бульбаха К. С.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

РОЗРОБКА І ПРИЙНЯТТЯ В УКРАЇНІ ЕКОЛОГІЧНОГО КОДЕКСУ

Законодавство України, в тому числі й екологічне, має бути внутрішньо узгодженим, не повинно містити логічних протиріч. Забезпечення несуперечності правових норм, усунення роздробленості актів, що накопичуються з плином часу в процесі правотворчості, полегшення використання нормативно-правових актів у правозастосовній практиці – всього цього можна досягти за допомогою систематизації законодавства [1, с.116]. Понад півстоліття в науковій юридичній літературі ведеться жвава дискусія стосовно проведення впорядкування величезної кількості законів, кодексів та підзаконних нормативних актів, якими передбачено регулювання екологічних суспільних відносин [2, с.11].

Серед науковців, які працюють над дослідженням питання усунення неузгодженостей у нормативно-правовому регулюванні екологічних відносин можна виокремити: Ю.С. Шемшученка, В.І. Андрейцева, Г.В. Анісімову, А.П. Гетьмана, О.Б. Кишко-Єрлі, А.К. Соколову та ін. Проте теоретичні напрацювання цих вчених до цього часу не взяті законодавцем до уваги, що зумовлює актуальність подальшого дослідження цього питання.

У теорії екологічного права були запропоновані різні форми кодифікації: Основи природоохоронного законодавства, комплексний Закон «Про охорону навколишнього середовища», «Основи законодавства про охорону навколишнього середовища», «Основи раціонального використання й охорони природних ресурсів», «Кодекс про охорону й раціональне використання природних ресурсів», Кодекс законів України про довкілля та ін. Але найпоширенішою була й залишається пропозиція щодо прийняття Екологічного кодексу, або Кодексу про охорону й раціональне використання природних ресурсів [3, с.78]. Хоча результативність проведеної кодифікації буде залежати від її змістовних особливостей, а не безпосередньо від її назви. Проте, з урахуванням європейського досвіду, зручніше, все ж таки, оперувати терміном «Екологічний кодекс».

Ідея кодифікації екологічного законодавства, що спрямована на подолання традиційної фрагментації екологічного законодавства, добре відома європейським країнам (Швеції, Італії, Франції). Наприклад, Екологічний кодекс Франції був прийнятий у 2000 році. До нього ввійшло 39 законів, які були прийняті до 2000 року. Стаття L. 110-1 цього Кодексу визначає, що природні території, ресурси та місця поширення (ареали), а також ландшафти, якість повітря, види тварин та рослин, біологічне різноманіття та баланс, якому вони сприяють, є частиною загального надбання нації. Захист, збільшення, відновлення, реабілітація та управління всім вищезгаданим має здійснюватися в загальних інтересах та сприяти меті досягнення сталого розвитку. Правове регулювання кодексу базується на таких принципах, як запобіжний, принцип превентивних та реабілітаційних дій, принцип «забруднювач платить», принцип участі [4, с.218].

Нормативна основа законопроектної роботи у напрямку розробки Екологічного кодексу в Україні була закладена ще в Основних напрямках державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки, затверджених Постановою Верховної Ради України від 5 березня 1998 року № 188 (Роз. 34) [5, Ст. 248], та Рекомендації парламентських

слухань щодо дотримання вимог природоохоронного законодавства в Україні, схваленіх Постановою Верховної Ради України від 20 лютого 2003 року № 565 (п.9 ч.1) [6, Ст. 182].

Варто відзначити, що не всі науковці виступають прихильниками абсолютної кодифікації. Так, А.П. Гетьман зазначає, що прийняття при існуючій палітрі законодавчих актів Екологічного кодексу, є недоцільним, оскільки він не зможе об'єднати вже існуючі кодекси і закони з причини своєї спорідненості за формою з останніми. Таке об'єднання можливе лише у формі Кодексу законів України про довкілля. Безумовно, воно не буде механічним, а матиме змістовне наповнення принциповими положеннями існуючих кодексів та законів екологічного спрямування та надасть можливість створити єдине законодавче підґрунтя для подальшої законотворчої та правозастосовчої практики [2, с.15].

Така думка є раціональною, і, можливо, саме тому вітчизняний законодавець не поспішає прийняти Екологічний кодекс. Безумовно, не заперечується факт необхідності систематизації та оновлення екологічного законодавства через існування в ньому застарілих еколого-правових норм, невідповідності, колізійності еколого-правової термінології та ін. Навпаки, мова має йти про вироблення єдиних напрямків та орієнтирів у екологічному правовому колі. І неважлива назва цього узагальнюючого акту – Екологічний кодекс чи Кодекс законів України про довкілля, головне – змістовне наповнення.

Отже, нагальна потреба кодифікації екологічного законодавства неодноразово перебувала в полі зору науковців, і так само давно ігнорувалася законодавцем. Необхідно активізувати зусилля у майбутніх законопроектних спробах, рухаючись у напрямку вивчення досвіду європейських країн, та, звернувши увагу на формування бази для регулювання основних еколого-правових відносин.

Література:

1. Соколова А. К. Правові проблеми систематизації екологічного законодавства України / А. К. Соколова // Проблеми законності. – 2012. – Вип. 120. – С. 116-126.

2. Гетьман А.П. Кодифікація екологічного законодавства в юридичній науці: історія та сучасність / А.П. Гетьман // Актуальні питання кодифікації екологічного законодавства України: круглий стіл. – (м. Харків, НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого», 9 листопада 2012 р.). – С. 11-15.

3. Анісімова Г.В. Кодифікація екологічного законодавства України: природно-правові засади / Г. В. Анісімова // Актуальні питання кодифікації екологічного законодавства України: круглий стіл. – (м. Харків, НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого», 9 листопада 2012 р.). – С. 76-79.

4. Кишко-Єрлі О.Б. Адаптація екологічного законодавства України до права навколишнього середовища Європейського Союзу / О.Б. Кишко-Єрлі // Часопис Київського університету права. – 2014. – № 3. – С. 215-219.

5. Про Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки: Постанова ВРУ від 05.03.1998р. № 188/98-ВР // Відом. Верхов. Ради України. – 1998. – № 38. – Ст.248.

6. Про рекомендації парламентських слухань щодо дотримання вимог природоохоронного законодавства в Україні: Постанова ВРУ від 20.02.2003р. № 565-IV// Відом. Верхов. Ради України. – 2003. – № 25. – Ст.182.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

*Бульбаха К. С.,
студент 43 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

СОЦІАЛЬНЕ ПРИЗНАЧЕННЯ ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ

Проблематика даного питання перш за все зумовлено тим, що не мала кількість людей незадоволені своєю зовнішністю через людські фактори або прагнуть буди кращими ніж вони є, але все одно існує не аби який ризик проведення деяких операцій, якій можуть призвести до негативних наслідків.

Наприклад люди, які страждають дісморфічним розладом, ніколи не бувають задоволені своєю зовнішністю, незалежно від кількості зроблених пластичних операцій. І хірурги, які оперують таких пацієнтів, ризикують тільки посилити їх стан, продовжуючи коректувати зовнішність і усувати недоліки, що існують тільки в уяві пацієнта.

Пластична хірургія – це медична галузь, що займається операціями, спрямованими на усунення деформацій і дефектів органу, тканини або поверхні людського тіла. Основна мета якої – повернути тілу або особі хворого втрачену або нехватало гармонію форм, розмірів і обсягів. Вона балансує на межі між наукою і мистецтвом, яка завжди займала особливе місце в житті людини. Естетична привабливість вже давно стала одним з головних пріоритетів сучасного суспільства. Гарній людині простіше влаштуватися на роботу, привернути до себе співрозмовника, знайти кохану людину, та й взагалі, жити.

На сьогоднішній день пластична хірургія являє собою гармонію в об'єднанні високотехнологічних процесів і методів з творчими можливостями пластичного хірурга. При виконанні операції, від хірурга залежить не лише якість виконаної роботи а й життя пацієнта, як протягом операції так і в післяопераційний період.

Проблема полягає в тому, що в останні часи пластична хірургія в Україні та в світі набирає обертів популярності, стаючи все більш доступною. Чимала кількість людей бажають утримати хід часу, звільнитися від недоліків і в цьому допомагає пластична хірургія, яка виправляє недоліки зовнішності за допомогою можливостей пластичної та естетичної хірургії, але в деяких випадках, операції коштують велику кількість грошей, та люди віддають все до останнього і залишаються без копійки заради того щоб покращити свою зовнішність.

Також треба зазначити, що людина після операції вже ніколи її не забуде, і пам'ятатиме її все своє життя, адже в цей день відбуваються зміни не лише в зовнішньому вигляді людини, а й у внутрішньому та навколишньому. В середині людини можлива зміна самооцінки, відчуття того, як на її погляд бачать оточуючі вас люди, і якщо людина до операції могла бути впевненою в собі, то операція повністю змінює ці фактори, а отже і змінюється життєвий баланс людини. Навколишня обстановка після операції також відіграє не малу роль, адже всі навколо бачать ці зміни та в деяких випадках вони призводять до негативних відгуків від інших осіб.

Незадоволеність зовнішнім виглядом люди відчувають в будь-якому віці. Але при найширших можливостях пластичної хірургії можна говорити тільки про відносні обмеження. Найпоширенішу в світі операцію з корекції капловухості, наприклад, можна проводити вже в 6 років. А людям у похилому віці пластична хірургія готова запропонувати малоінвазивні методи, що легко переносяться організмом, які

не здатні впливати на загальне самопочуття, адже вже в похилому віці певні операції можуть нашкодити здоров'ю, навіть ті, які вважатимуться дуже легкими.

Не менш важливе є те, що піддаватися пластичним операціям може будь-яка ділянка тіла та обличчя, але найбільш поширені такі втручання, як ліфтинг (підтяжка обличчя), корекція форми носа, пластика молочних залоз і хірургічне видалення рубців з наступною пластикою. Найпопулярнішою хірургією у сучасному світі є омолоджуюча, до якої вдаються як жінки так і чоловіки у віці від 45 до 50 років. Звичайно Жінки звертаються для того щоб повернути свою красу, свій зовнішній вигляд на десятки років тому, а звернення чоловіків до пластичного хірурга пов'язано не стільки з бажанням повернути привабливий зовнішній вигляд, скільки з бізнесом і потребою виглядати «на рівні».

Отже, підсумовуючи, варто зазначити, що певні нюанси пластичної хірургії слід закріпити на законодавчому рівні. А також слід звернути увагу на те, що результат, до якого може привести залежність від пластичної хірургії, – справжнє, а не вигадане, потворність, важкі каліцтва або серйозні проблеми зі здоров'ям. У більшості випадків, коли один хірург відмовляється робити операцію, людина звертається до іншого, який без праці перебуває, нехай навіть його професійна кваліфікація залишає бажати кращого, а це є великою проблемою.

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

Верблюд Р.М.,

студент 21 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ДЕРЖАВНІ ЗАКУПІВЛІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

З того моменту як Україна стала незалежною державою, на її шляху поставало безліч перешкод, які не дали змоги у повній мірі досягти цілей, зазначених в Основному законі України. Однією з проблем є недосконалість законодавства у сфері державних закупівель. Зазначене питання є передовсім актуальним в сьогоденні, адже в Україні склалась катастрофічна ситуація з закупкою медичних препаратів, які необхідні для здійснення вакцинації дітей віком до 1 року проти туберкульозу, поліомеліту, коклюшу, дифтерії, стовбняка, краснухи, кори. Окрім того, викликає занепокоєння нехватка медичних препаратів для тяжкохворих на гемофілію.

Засади організації державних закупівель товарів, робіт і послуг за державні кошти встановлюються Законом України «Про здійснення державних закупівель», який набув чинності у 2010 році. З моменту його прийняття до нього неодноразово, близько тридцяти раз, вносилися зміни та доповнення. Попри всі прагнення поліпшити законодавство в даній сфері, так і не було забезпечено чіткості і прозорості при здійсненні державних закупівель. Лікарські засоби та вироби медичного характеру є особливим предметом державних закупівель, від їх якості залежить здоров'я і життя людей [1, с. 128].

Кошти, які отримує галузь охорони здоров'я з державного бюджету, часто використовують економічно неефективно завдяки застарілому менеджменту й зайвій централізації.

Зокрема, купівля замовниками товарів за завищеними цінами призводить до перевитрат державних коштів [5, с. 47], які у свою чергу зменшують надходження коштів для задоволення поточних потреб.

Перевитрати коштів у сфері державних закупівель обумовлені не тільки зловживанням монополюючим становищем, а й антиконкурентними узгодженими діями постачальників у формі результатів торгів. Причиною цього науковці називають недосконалість регулятивного і фіскального поля, яке робить практично нереальним виконання багатьох нормативних приписів.

Одним з методів належного контролю закупівель є інспектування за відповідністю ціни конкурсної угоди «звичайним цінам». Відповідно до п.п. 14.1.71 п. 14.1 ст. 14 Податкового кодексу України від 02.12. 2010 № 2755-VI зі змінами та доповненнями, звичайна ціна – ціна товарів, визначена сторонами договору, якщо інше не встановлено раніше згаданим Кодексом. Якщо не доведено протилежне, вважається, що така звичайна вартість тотожна рівню ринкових цін. Даний критерій в державних закупівлях незамінний вразі, коли учасники перебувають у змові й проводять договірні торги. Наслідком даних дій є високий платіж, але через формальну дотриманість процедури довести протиправність дій неможливо [3, с. 10].

На жаль, щоб навести Україну приклад не потрібно звертатися за минулих років. У 2015 році «Центр протидії корупції» повідомив про факт проведення Департаментом охорони здоров'я Київської міськдержадміністрації тендеру, за результатами якого медичні препарати для онкохворих, завдяки завчасної домовленості підприємств-учасників тендеру, були придбані за ціною, яка в рази більша за ринкову. У підсумку КМДА придбала медичний препарат «Доцетаксен» за ціною \$398 незважаючи на те що Міністерство охорони здоров'я закупило ідентичний препарат за ціною \$246.

Завищена понад ринкову ціна свідчить про неефективне використання ресурсів й протиправність дій в рядах чиновництва. На мою думку, в такому випадку угоди, які укладені з метою закупівель, шляхом звернення до суду визнавати недійсним в частині завищеної вартості і передбачити можливість позбавлення виконавця надлишкових коштів. Також, необхідно в ст.42 Закону України «Про здійснення державних закупівель» передбачити, що на всі товари, які становлять предмет закупівлі, встановлюється граничні постачальницько-збутові надбавки. Окрім того, при купівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення суб'єкту має бути відмовлена в участі у процедурі закупівлі, якщо максимальна оптова ціна такого постачальника не зареєстрована у встановленому законодавством порядку.

Зазначене відповідає й використовується в європейській правовій традиції: можливість скасувати контракт є одним з важливих засобів правового захисту. Даний механізм доцільніше застосовувати при закупівлях лікарських засобів, об'єктивна ціна яких є у вільному доступі.

Звернувшись до даного методу ми здійснимо удосконалення процедури державних закупівель, покращимо протидію корупції, збільшимо надходження коштів з казначейства України в сферу охорони здоров'я.

Література:

1. Господарсько-правове забезпечення державних закупівель у сфері охорони здоров'я : теоретичні та практичні аспекти / : Юрайт, 2012. – 453 с.
2. Гриньов Б.В Аналіз проекту нової редакції Закону України «Про інноваційну діяльність»/Б.В.Гриньов,В.А.Гусев// Наука та інновації.-2010.-С.9-14
3. Шолойко Н. В. Оптимізація управління тендерними закупівлями медичної та фармацевтичної продукції : автореф. дис. канд. фармац. наук :15.00.01 / Н. В. Шолойко. – К., 2010. – 23 с

4. Пінькас Г. І. Фінансово-економічний механізм формування конкурентоспроможного ринку державних закупівель/ Г. І. Пінькас. – Суми, 2010.

5. Галушак М. Державні закупівлі в Україні: теоретичні аспекти та практичні проблеми / М. Галушак // Галицький економічний вісник. – 2011. – № 1 (30). – С. 43–53. – [Електронний ресурс] http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Gev/2011_1/ECONOMY_AND_NATIONAL_ECONOMY/007.pdf.

*Вовк А.Ю.,
студент 42 групи
ПЮІ НІУВ ім. Ярослава Мудрого*

КУРОРТ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧА МІСЦЕВІСТЬ: ПОНЯТТЯ ТА ОЗНАКИ

Оскільки ст. 62 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [5, Ст. 546] присвячена курортам і лікувально-оздоровчим місцевостям та розміщена в розділі «Природні території та об'єкти, що підлягають особливій охороні», курорт та лікувально-оздоровчі місцевості є одними із типів територій, які в Україні підлягають особливій державній охороні. Проте детального регулювання названих територій цей закон не містить.

Метою даної роботи є проведення аналізу термінів «курорт» та «лікувально-оздоровча місцевість», а також визначення їх основних рис. Дослідженням цього питання займалися науковці: І. Федорович, Н.Ю. Залозний, А. М. Орлов та багато ін.

Стаття 1 Закону України «Про курорти» [4, Ст.1884]: визначає основні поняття, даючи, зокрема, орієнтири щодо спільних рис і розмежувальних ознак базових категорій, а саме, «курорт – освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні» і «лікувально-оздоровча місцевість – природна територія, що має мінеральні та термальні води, лікувальні грязі, озокерит, ропу лиманів та озер, кліматичні та інші природні умови, сприятливі для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань».

Щодо характеристики цих понять, необхідно зазначити, що, по-перше, для обох типів природних територій потрібна наявність на них природних лікувальних ресурсів сприятливих для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань (морської води, природно-кліматичні умови, лікувальні грязі, мінеральні та термальні води, озокерит, ропи лиманів) [1, с. 359]. Тобто, курорт та лікувально-оздоровча місцевість мають володіти явно вираженими природно-лікувальними чинниками – мінеральними джерелами, кліматичними властивостями та іншими умовами, сприятливими для лікування і оздоровлення людей. По-друге, землі курортів, так само, як і землі лікувально-оздоровчих місцевостей, належать до земель оздоровчого призначення, режим використання, порядку господарювання і природокористування, яких визначається гл. 8 Земельного кодексу України (ст. ст. 47-49 ЗК України [2, Ст. 27]). По-третє, необхідна наявність відповідних висновків щодо можливості використання таких територій для лікування, оздоровлення, відпочинку, в тому прийняття відповідними органами владних повноважень рішення про оголошення цих територій такими що мають оздоровчі, лікувальні властивості, тобто певна процедура їх легітимізації [6].

Основна і фактично єдина відмінність курорту від лікувально-оздоровчої місцевості, яка випливає із визначень, полягає у наявності відповідної інфраструктури (зокрема транспорту, зв'язку тощо) та рівні організації лікування та обслуговування – курорт повинен мати: лікувально-профілактичні заклади, що забезпечують медичне обслуговування хворих; необхідні технічні пристрої (ванни, басейни, грязелікарня, аеросолярії, пляжі й ін.); спеціально пристосовані приміщення для лікування і житла (санаторії, будинки відпочинку); наявність спортивних споруд і майданчиків, закладів суспільного користування, підприємств громадського харчування, торгівлі і побутового обслуговування; культосвітніх закладів, благоустрій, що відповідає усім вимогам санітарно-гігієнічних норм (водопровід, каналізація, підтримка чистоти території). Тоді як лікувально-оздоровчій місцевості такі вимоги не висуваються. Тому підтримуємо думку Орлова А. М. про те, що: «курорт має виступати не просто як освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, а як лікувально-оздоровча місцевість, що володіє інфраструктурою для використання її природних ресурсів з лікувальною метою і розвинутою рекреаційною мережею, виступаючи, тим самим, частиною рекреаційного ландшафту» [3, с. 346].

Курорти повинні мати як мінімум чотири показники: природні лікувальні чинники, наявність відповідних споруд, спеціальну мету його діяльності – лікування, медична реабілітація, профілактика захворювань та рекреація, особлива охорона. Тоді як лікувально-оздоровча місцевість повинна мати лише такі ознаки як: природні лікувальні чинники, спеціальна мета оголошення територій – лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Виходячи з аналізу понять та ознак курорту і лікувально-оздоровчої місцевості, які надані в Законі України «Про курорти», можна зробити висновок, що лікувально-оздоровча місцевість і курорт є різними поняттями. Лікувально-оздоровча місцевість є територією, що потенційно, може стати курортом, за умови приведення організації лікування, обслуговування та інфраструктури у відповідність до вимог встановлених законодавством. Курорт – це лікувально-оздоровча місцевість, яка забезпечена інфраструктурою для використання природних ресурсів з лікувальною метою.

Література:

1. Залозный Н. Ю. Теоретико-правовое определение понятия «курорт» / Н. Ю. Залозный // Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. – Серия: Юридические науки. – 2010. – Т. 23 (62). – № 1. 2010. – С. 358-364.
 2. Земельний кодекс України від 25 жовтня 2001 р. № 2768-III // Відом. Верхов. Ради України. – 2002. – № 3 – 4. – Ст. 27.
 3. Орлов А. М. Проблеми визначення правового статусу лікувальних і оздоровчих місцевостей / А. М. Орлов // Держава і право: зб. наукових праць: юридичні і політичні науки. – 2003. – Вип. 21. – С. 345-348.
 4. Про курорти: Закон України від 05.10.2000 р. № 2026-III // Офіційний вісник України. – 2000. – № 44. – Ст. 1884.
 5. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 р. № 1264-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – № 41. – Ст. 546.
 6. Федорович І. Термінологічні колізії законодавства України про курорти / І. Федорович // Режим доступу: <http://radnuk.info/home/24158-2013-05-07-14-24-49.html>
- Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.*

*Волошко А.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ХОСПІС ЯК УЧАСНИК ВІДНОСИНИ У СФЕРІ ГОСПОДАРЮВАННЯ

Найбільш гострою демографічною проблемою сучасної України є надзвичайно високий рівень смертності населення, який невинно рік у рік зростає. Це процес, який не можна зупинити, але можна дещо полегшити. У зв'язку з цим, запроваджена система надання паліативної допомоги невиліковно хворим. Ціллю паліативного лікування не є скорочення чи продовження життя. Воно служить, радше, «природності» існування та кінця життя. Природний процес смерті, котрий не стає пришвидшеним або відсунутим, зберігає таким чином своє власне місце в часі. Тут не робиться вплив на тривалість життя, а лише на його якість.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» ст. 354 від 15.07.2015 передбачає, що на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей. Хоспіс як нова форма медико-соціального закладу паліативної медицини є державним медичним закладом для інкурабельних хворих.

Хоспіс є спеціалізованим медико-соціальним закладом, що створюється для цілодобового кваліфікованого догляду, надання медичної та соціальної допомоги, включаючи забезпечення паліативної та симптоматичної допомоги, психологічної та соціальної підтримки хворим [1, с. 10 – 11].

В умовах України основна координуюча роль в організації та проведенні паліативної допомоги відводиться дільничному (сімейному) лікарю, який безпосередньо спостерігає за хворим і залучає до лікування, у разі необхідності, спеціалістів інших профілей. При цьому рішення про перехід від радикального до паліативного лікування є обов'язком онкологів і приймається колегіально на підставі ретельної оцінки результатів попередньої терапії і прогнозу подальшого перебігу хвороби.

Паліативна допомога надається закладами охорони здоров'я за умов наявності сертифіката державної акредитації закладу охорони здоров'я, ліцензій Міністерства охорони здоров'я на право провадження господарської діяльності: з медичної практики; з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Відповідно до законодавства України, до суб'єктів, що надають соціальні послуги, в тому числі і до Хоспісу як окремого виду надання соціально-медичних послуг, незалежно від форми власності та господарювання встановлюються відповідні критерії. На основі цих критеріїв відбувається організація та діяльність відповідних суб'єктів, що надають соціальні послуги населенню України.

Що стосується діяльності хоспісного/паліативного догляду, то як зазначено у Постанові КМУ «Про затвердження критеріїв діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги» від 10. 12. 12 р. то це: 1) наявність власного чи орендованого приміщення для проживання (розміщення на ніч), що відповідає санітарним та протипожежним вимогам (для суб'єктів, що надають соціальні послуги з проживання (розміщення на ніч), у тому числі стаціонарного, паліативного/хоспісного догляду, підтриманого проживання, притулку); 2) наявність кваліфікованого медичного персоналу (для суб'єктів, що надають соціальні послуги із стаціонарного, денного, паліативного/хоспісного догляду, реабілітації тощо.

Відділення паліативної допомоги має бути забезпечене всіма умовами для перебування тяжкохворих, що потребують медичної та соціальної допомоги, а також тимчасового перебування їх відвідувачів. Фінансове забезпечення діяльності відділення паліативної допомоги здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, благодійних (добровільних) внесків, пожертвувань від юридичних та фізичних осіб, інших джерел, не заборонених чинним законодавством. Оплата праці медичного персоналу здійснюється згідно з діючими умовами оплати праці.

У Наказі МОЗ «Про організацію паліативної допомоги в Україні» від 7 лютого 2013 року № 41 передбачено, що до основних заходів лікування і догляду за хворими належать харчування (у т.ч. через зонд), симптоматична терапія, туалет хворих, парентеральне харчування, антибіотикотерапія, хімотерапія і паліативна променева терапія. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я.

Відділення паліативної допомоги виконують різні функції щодо надання хворим таких видів допомоги хворим, яка, залежно від потреб пацієнта та його родини, може здійснюватися у вигляді цілодобового перебування в стаціонарі або організації патронажного нагляду вдома, в т.ч. забезпечує: – проведення регулярних лікарських оглядів госпіталізованих хворих з періодичністю, що визначається станом хворих, але не рідше 1 разу на тиждень, а також планування патронажного нагляду за хворими, які перебувають вдома; – паліативна та симптоматична медична допомога; – підбір та проведення необхідної знеболюючої терапії; – соціальна та психотерапевтична допомога хворому, його близьким та членам родини; – забезпечення раціонального харчування (в тому числі дієтичного) у відповідності до рекомендацій лікаря та з урахуванням бажання хворого; – проведення в разі потреби консультативних оглядів госпіталізованих хворих з залученням лікарів-консультантів відповідних спеціалізованих закладів; – допомога у забезпеченні правового консультування пацієнтів та членів їх родини [1, с. 9].

Отже, Хоспіс – заклад охорони здоров'я, система організації та координації роботи по міждисциплінарної підтримки та обслуговування, а так само форма уваги до смертельно хворим людям з боку суспільства.

Література:

1. Сандерс С.І. Поняття про паліативну медичну допомогу, історія розвитку, концепції. Розвитку, концепції. Філософські, психологічні, соціальні та етичні аспекти паліативної допомоги: автореф. спец. 05.02.08 “Паліативна медична допомога”. – Тернопіль, 2007. – 20, [10] с.

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

Гавриленко О.С.,

студент 44 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМАТИКА ВИЗНАЧЕННЯ ВИДІВ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРСЬКИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В умовах сучасного розвитку медицини України актуальним є питання місця та ролі різних суб'єктів господарських відносин у системі охорони здоров'я. З приводу трактування такого фундаментального поняття, як “суб'єкти охорони здоров'я”, в галузі медицини існує багато дискусій, спричинених насамперед недосконалістю нормативно-законодавчої бази держави.

Дану проблематику досліджували багато вітчизняних вчених, а саме О.Б. Моргулець, В.В. Мачуський, Н.І. Романюк, Р.Л. Ахметшин, С.В. Антонов, М.О. Горинь, О.Я. Литвин.

Кожен суб'єкт господарських відносин у медичній галузі відіграє свою унікальну роль у організації системи охорони здоров'я України (далі – СОЗ).

Сучасні дослідники питання управління СОЗ Д. Брінкерхоф та Т. Боссер виділяють три основні види суб'єктів суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, а саме :

- державні учасники – органи державної влади, головною функцією яких є регулювання діяльності СОЗ у державі;

- постачальники медичних послуг, якими є суб'єкти господарських відносин різних форм власності ;

- споживачі послуг і широка громадськість [1, ст. 7].

М.О. Горинь та О.Я. Литвин вважають за необхідне додати до переліку ще один вид суб'єктів господарських відносин у галузі охорони здоров'я, а саме постачальників ресурсів, функцією яких є забезпечення ресурсами процесів медичного обслуговування[2, ст.3].

Основу СОЗ в нашій державі становлять, безперечно, постачальники медичних послуг. Це переважно державні заклади охорони здоров'я первинного, вторинного та третинного рівнів медичного обслуговування, які пропонують увесь спектр медичних послуг. Інші постачальники надають менш ніж десяту частку послуг з охорони здоров'я, які реалізуються на території України. Це, насамперед, пов'язано з їх вузькою спеціалізацією чи високою вартістю пропонованих послуг. Діяльність неурядових та міжнародних організацій сфокусована на вирішенні гострих соціальних проблем шляхом реалізації програм боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом, онкозахворюваннями, а також проектів превентивного характеру. Приватні медичні заклади пропонують досить обмежений спектр послуг, переважно у сфері стоматології, гінекології, діагностики, пластичної хірургії тощо. Вони зазвичай забезпечують комфортніші умови медичного обслуговування, проте їх послуги є платними. У вузькому розумінні власне постачальники медичних послуг формують систему охорони здоров'я країни.

В широкому розумінні, розглянувши національну СОЗ, можна виділити суб'єктів господарських відносин у галузі охорони здоров'я України, які прямо впливають на її діяльність. Загалом, це органи державної влади та місцевого самоврядування, які здійснюють управління у медичній сфері. До них належать Міністерство охорони здоров'я, Державна санітарно-епідеміологічна служба та обласні управління охорони здоров'я, управління охорони здоров'я у містах і селищах, районні управління охорони здоров'я, громадські комітети з охорони здоров'я. Ці органи влади реалізують управлінську функцію у СОЗ.

Функцію ресурсного забезпечення постачальників медичних послуг здійснює ряд організацій, до яких належать державні фонди соціального страхування, приватні страхові компанії, органи влади (Мінфін, Фонд держмайна тощо), приватні інвестори, міжнародні організації (Червоний хрест, МБПП, USAID тощо), меценати, благодійні організації, компанії-виробники та постачальники медичних товарів, медичні навчальні заклади тощо. Діяльність цих організацій надзвичайно важлива для медичної галузі, адже вони забезпечують її ресурсами, необхідними для надання медичних послуг.

Одним із важливим суб'єктом господарських відносин у галузі охорони здоров'я є населення, яке виступає отримувачем медичних послуг. Пропаганда серед населення здорового способу життя, інформування про основи охорони здоров'я є важливими заходами превентивного характеру галузі [1, ст.9].

Отже, у процесі реформування системи охорони здоров'я необхідно використовувати засоби оптимізації медичного обслуговування, ресурсного забезпечення, забезпечивши якісну взаємодію між усіма суб'єктами господарських відносин, а не лише у межах системи постачальників медичних послуг. Необхідно також зазначити, що існує нагальна необхідність реформування та впорядкування нормативної бази, що на мою думку, надасть юридичне визначення даному питанню и покладе край дискусіям.

Література:

1. Брінкерхофф Д, і Боссерт Т. 2008 Управління в сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Health-Governance-Concepts-Experience-and-Programming-Options.pdf>

2. М.О. Горинь, О.Я. Литвин, 2012 Поняття господарських відносин у системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/25836/1/6-24-28.pdf>

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

Гавриш Б.В.,

студент 33 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ ЛЕГАЛІЗАЦІ ДІЯЛЬНОСТІ ІЗ НАДАННЯ ІНТИМНИХ ПОСЛУГ (МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ)

Діяльність із надання інтимних послуг є об'єктом постійного контролю з боку держави і завжди викликає жваві дискусії у суспільстві з приводу того яким чином держава має реагувати на факт існування проституції.

Щодо позиції вітчизняного законодавця, то слід відмітити, що ставлення його до проституції певним чином змінювалося. Так, КК 1960 р. не передбачав відповідальності за заняття проституцією. З прийняттям КК 2001 р. діяльність із зайняття проституцією, якщо мала місце систематичність, була криміналізована. Згодом законодавець декриміналізував це діяння, вносячи відповідні зміни до ст. 303 КК. Наразі зайняття проституцією, з огляду на позицію законодавця, залишається забороненим видом діяльності – відповідно до ст. 1811 КУпАП передбачається адміністративна відповідальність за зайняття проституцією. Більш високим ступенем суспільної небезпеки, на думку законодавця наділена діяльність із організації цього виду незаконного бізнесу. Так, законодавець передбачає кримінальну відповідальність за сутенерство у ст. 303 КК.

Дійсно, на перший погляд, найочевиднішим способом регулювання державою сфери інтимних послуг є абсолютна заборона. Підкріплена наявністю відповідних санкцій. Однак не слід забувати, що проституція як явище існує на протязі всього часу існування самого людства. З огляду на певні культурні чи історичні особливості окремо взятих спільнот ставлення до неї може бути різним – від крайнього несприйняття до нейтрально-поблажливого (все ж таки ми не повинні забувати, що торгівля своїм тілом в очах оточуючих сприймається як не повага до себе). Та все ж

таки людству доводиться миритися з неминучістю існування цього явища. Саме тому, на нашу думку, повна заборона такого сегменту суспільних відносин не є найраціональнішим шляхом його контролювання.

При обговоренні легалізації проституції важливо зазначити про три аспекти – фінансовий, медичний та морально-етичний. Зараз ми хотіли б зробити акцент саме на медичній складовій в призмі зменшення деяких видів злочинів проти здоров'я та забезпечення оновленої системи захисту життя та здоров'я людини через створення спеціалізованого ресестру.

Кількість людей в Україні станом на 21. 10. 2015 дорівнює \approx 45 млн. осіб. Згідно даних, які надав ініціатор законопроекту щодо легалізації проституції депутат Верховної Ради України від групи «Воля народу» Андрій Неміровський, у сфері інтим-послуг в Україні задіяно близько 500 000 осіб. Тобто на кожні 90 жителів України приходиться один представник сфери інтимних послуг. В загальнодержавному масштабі така статистика являється вкрай негативним явищем, враховуючи, що жінки-представники секс-бізнесу знаходяться в зоні ризику зараження ВІЛ СНІДом – за три роки інфікується приблизно 45-55 % жінок.

Бізнес з надання інтимних послуг через відсутність регламентування має тіньовий характер. Для держави це створює низку негативних наслідків, таких як унеможливлення здійснення контролю за діяльністю представниками цієї професії, неможливість контролювання розповсюдження низки хвороб, на кшталт, гепатиту, гонореї, сифілісу, СНІДу тощо.

Наявність обліку і обов'язкового медичного огляду стану здоров'я представниць секс-бізнесу позитивно вплине на зменшення динаміки росту хвороб, що передаються статевим шляхом.

Тож, яке вирішення зможе найбільш повно розв'язати проблеми зростання інфікування ВІЛ, СНІД та іншими хворобами, які передаються статевим шляхом? Найдоречнішим, на нашу думку, стане легалізація сфери інтимних послуг і створення спеціалізованого ресестру осіб, які в цій сфері задіяні. Завдяки такому кроку стане можливим введення обов'язкових медичних оглядів, внаслідок проведення яких безперечно зменшиться кількість заражених венеричними хворобами, зменшиться динаміка зростання інфікованих ВІЛ СНІДом.

Отже, підводячи підсумок, необхідно зазначити, що легалізація проституції є вкрай суперечливою суспільною проблемою, яка потребує детальних обговорень та дискусій, але як важливий аргумент не можна не брати до уваги, що узаконення подібного інституту відкриє нові можливості щодо охорони життя та здоров'я людини, з'являться раніше не використані методи боротьби проти хвороб, що передаються статевим шляхом, а це безумовно призведе також й до діянь, передбачених статтями 130 та 133 Кримінального Кодексу України.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Бражник А.А.

*Гранько М.Г.,
студент 45 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

МЕДИЧНА ПОМИЛКА: МЕДИЧНЕ ТА ПРАВОВЕ ПОНЯТТЯ

Медична (лікарська) помилка є одним із варіантів дефектів надання медичної допомоги. На сьогодні не існує єдиного розуміння даного поняття, а на практиці має місце різне його застосування, тому дослідження лікарської помилки є надзвичайно актуальним.

Якщо звернутися до ретроспективного аспекту визначення терміну медичної помилки, то в Законах вавилонського царя Хамурапі та Законах XII таблиць Стародавнього Рима вже згадувалося про відповідальність лікарів за невдале лікування особи. В епоху античності лікарі, що були винні у спричиненні шкоди пацієнтам, могли втратити кисті рук або бути вигнаними з міста. Але найбільш поширеним покаранням в ті часи було застосування штрафів. У період Середньовіччя лікарів за їх професійні помилки здебільшого позбавляли практики, а деяких навіть спалювали на вогнищі, як «пособників диявола». Однак будь-які репресивні заходи ризик лікарських помилок не зменшували. У часи наукової та виробничої революції до цього явища почали шукати інший підхід: корпоративні об'єднання лікарів Англії, Німеччини домоглися закріплення за собою права самим карати лікарів, які припустилися помилки [1, с. 99]. Тож, як вбачається із вищенаведеного дане питання піднімалося ще в давні часи і його актуальність дійсна до сьогодні.

Також, цікавим було б звернутися до статистики. Для прикладу, помилки у медичній практиці є досить поширеним явищем навіть у розвинених країнах світу. У Великобританії, відповідно до офіційно оприлюднених даних, помилки в роботі персоналу медичних закладів щороку стають причиною смерті близько 70 тис. пацієнтів. І ці дані не враховують так званих «прихованих» випадків невдалих медичних втручань. У США, де система інформування громадськості про проблеми у медичній галузі є однією з найбільш відкритих, дані про випадки професійних недоліків медиків просто вражають. Згідно з проведеними Інститутом медицини США дослідженнями, жертвами медичних помилок щорічно стають понад 100 тис. американців, а самі медичні помилки займають п'яте місце серед причин смертності в країні. В Україні статистика лікарських помилок майже зовсім закрита, і лише окремі випадки стають відомими громадськості [2, с. 66]. На мою думку, відомості наявності фактів лікарських помилок в жодному разі не повинні приховуватися, адже це є проявом ігнорування проблеми, що існує в нашій державі.

В чинному законодавстві поняття лікарської помилки відсутнє і розкривається з позиції як лікарів, так і юристів, проте думки є різними.

Як зазначає Р. С. Титикало, під лікарською помилкою медики розуміють випадковий збіг обставин або наслідок недосконалості медичної науки та техніки. Тобто, як стверджує автор, при такій помилці вина медичного працівника відсутня і взагалі немає складу правопорушення, а тому притягнення до правової (цивільної чи іншої) відповідальності бути не може [1, с. 100]. З медичної точки зору також характеризує даний термін і М. І. Дьолог, розуміючи під ним помилку лікаря в професійній діяльності внаслідок добросовісної омани за відсутності недбалства, халатності або невігластва, тобто за відсутності складу злочину [3, с. 53]. Тож, як бачимо прихильники медичного аспекту визначення відповідного поняття вину лікарів виключають.

У свою чергу прихильники юридичного напрямку під медичною помилкою розуміють недбалі, несумлінні, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги (послуг), результатом яких виявилось тілесне ушкодження або смерть пацієнта. Тобто, як наголошує Р. С. Титикало, медичні помилки завжди тягнуть за собою цивільно-правову відповідальність [1, с. 100]. Проте, в юридичній науці також деякі вчені виключають наявність вини медичних працівників, розуміючи під лікарською помилкою випадкове невинне спричинення шкоди [4, с. 93]. Іноді таку помилку ще розглядають як обставину, що пом'якшує відповідальність лікаря [5, с. 109]. Слушно зазначив В. О. Оніщенко, що за умови виконання медичним працівником своїх обов'язків та дотримання встановлених стандартів не може іти мова про наявність вини у його діях, а, отже, і про відповідальність [4, с. 95]. Тож, із вищеведеного випливає, що дане поняття розуміється неоднозначно, проте, на мою думку, в силу того, що медичні помилки є досить поширеним явищем доцільно було б закріпити поняття лікарської помилки в законодавчому рівні та визначити питання відповідальності та випадків, що виключають її.

Цікавим також є дослідження об'єктивних та суб'єктивних причин медичних помилок. Так, М. І. Дьолог до об'єктивних причин лікарських помилок відносить: відносність, неконкретність медичних знань; відсутність належних умов надання медичної допомоги; недосконалість існуючих методів лікування захворювань; важкість стану хворого; ненадання хворим важливих анамнестичних даних та ін. Розглядаючи найбільш значущі суб'єктивні причини автор виділяє: недостатній досвід медичного працівника; недостатнє обстеження хворого; неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень; недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців тощо [3, с. 54]. Вважаю, що визначення причин є надзвичайно важливим при встановленні виду відповідальності лікаря.

Доцільним було б в межах даної теми розглянути класифікацію лікарських помилок. Так, М. І. Дьолог виділив 1. Діагностичні помилки – помилки в розпізнаванні захворювань та їх ускладнень. 2. Лікувально-тактичні помилки, як правило, є наслідком діагностичних прорахунків. 3. Технічні помилки – помилки у проведенні діагностичних і лікувальних процедур, маніпуляцій, методиках операцій. 4. Організаційні помилки – помилки в організації надання тих чи інших видів медичної допомоги, створенні необхідних умов функціонування тієї чи іншої служби. 5. Деонтологічні помилки – помилки в поведінці лікаря, його спілкуванні з хворими та їхніми родичами, колегами, медичними сестрами, санітарками. 6. Помилки в заповненні медичної документації. [3, с. 54]. Класифікація лікарських помилок має практичне значення і полегшує ідентифікувати лікарські помилки.

Таким чином, медична помилка є явищем, що існувало ще з давніх часів і до сьогодні. Статистика показує, що медична помилка має місце навіть у провідних країнах Європи, а Україна також не є виключенням. Для того аби не виникало труднощів на практиці щодо встановлення наслідків лікарської помилки це поняття слід закріпити в нормативно-правових актах України.

Література:

1. Титикало Р. С. Лікарська (медична) помилка: медичне та правове поняття [Електронний ресурс] / Р. С. Титикало, Т. В. Гандзій // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2014. – № 3. – С. 99-103. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Npnau_2014_3_21.pdf

2. Джума К. А. Лікарська помилка в медичному та правовому аспектах [Електронний ресурс] / К. А. Джума, І. І. Шульжик // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2011. – № 1. С. 66-68. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unmmj_2011_1_15.pdf

3. Дьолог М. І. Лікарські помилки [Електронний ресурс] / М. І. Дьолог // Радіологічний вісник. – 2014. – № 2. – С. 53-55. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/radvis_2014_2_17.pdf

4. Оніщенко О. В. Медична помилка: правовий аспект [Електронний ресурс] / О. В. Оніщенко, В. В. Єрзаулова // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2013. – № 2. – С. 92-96. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Npnau_2013_2_20.pdf

5. Андрієвська Т. І. Цивільно-правова кваліфікація медичної (лікарської) помилки [Електронний ресурс] / Т. І. Андрієвська // Університетські наукові записки. – 2009. – № 1. – С. 107-111. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unzap_2009_1_20.pdf

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

Гревцов В.О.,

студент 45 групи

ПІОУ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ОСІБ ПОЗБАВЛЕНИХ ВОЛІ

У роботі розглядається проблема надання, реалізації та забезпечення права на медичну допомогу особам, які перебувають в установах виконання покарань

Семаков Г. С зазначає що на сьогоднішній день Україна перебуває на шляху інтеграції до Європейського Союзу та з метою успішної інтеграції нашої державі перш за все потрібно зробити все можливе для того, щоб забезпечити весь комплекс конституційних прав усім без винятку громадянам України. І право на медичну допомогу є визначальним в системі конституційних прав громадян. Попри це організація медичного обслуговування в нашій державі є незадовільною, особливо гостро це проявляється у наданні медичної допомоги особам позбавленим волі. Медичні послуги, які надаються позбавленим волі особам, знаходяться на вкрай низькому рівні, а медичні працівники не є незалежними від керівництва місць позбавлення волі, вони є працівниками відомства і нерідко нехтують професійною сумлінністю на користь вимог в'язничного керівництва. До того ж існує низка нерегульованих проблем у використанні медпрепаратів медичними структурами відомства.

Проблемам правового регулювання права на медичну допомогу осіб позбавлених волі присвячували свої дослідження такі науковці: Семаков Г. С, Гель А. П., Діденко А.І. Хобор Р.Б., та інші.

Науковці вважають що, особи які позбавлені свободи з будь-яких підстав і перебувають в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, мають таке ж право на належну медичну допомогу та лікування, як й інші громадяни. Проте порядок реалізації цього права є іншим ніж для решти громадян. Основні вимоги щодо медичного забезпечення ув'язнених та засуджених регламентовані як Європейськими в'язничними правилами, так і національним законодавством України.

Відповідно до вимог Європейських в'язничних правил організація медичного обслуговування у пенітенціарних закладах повинна здійснюватися з урахуванням ряду приписів, зокрема:

1. Медичні служби у пенітенціарних установах повинні тісно співпрацювати з загальною адміністрацією охорони здоров'я національного або місцевого рівня;

2. Хворі в'язні, які потребують допомоги спеціаліста, госпіталізуються у спеціалізовані установи або звичайні лікарні. Якщо установа має власне лікувальне відділення, його приладдя, обладнання та ліки мають бути достатніми для забезпечення медичного обслуговування та лікування хворих в'язнів;

3. В'язні не повинні використовуватись для експериментів, що можуть призвести до фізичної або моральної шкоди;

4. Коли це практично можливо слід вживати заходів для того, щоб пологи приймалися не у в'язниці, а у звичайній лікарні. В іншому випадку пенітенціарна установа повинна мати персонал і обладнання, необхідні для прийняття пологів та післяпологового догляду [3].

Медичний і санітарний персонал:

- кожний пенітенціарний заклад повинен мати не менше одного лікаря загальної медичної практики, що має відповідну кваліфікацію;
- вжиття заходів по забезпеченню у випадках термінової необхідності невідкладної допомоги лікаря, що має відповідну кваліфікацію;
- кожна пенітенціарна установа повинна мати персонал, що має належну медичну підготовку;
- послуги кваліфікованих дантистів і окулістів повинні бути доступні кожному ув'язненому.

На лікаря покладається ряд обов'язків:

- лікар або кваліфікована медична сестра обстежує кожного ув'язненого при першій нагоді;
- лікар або кваліфікована медична сестра обстежує ув'язненого за його проханням, а також оглядає всіх ув'язнених у міру необхідності[2].

Порядок надання засудженим медичної допомоги регламентований достатньо розгалуженою системою нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державної пенітенціарної служби України. Вони регламентують організацію медичної допомоги в місцях позбавлення волі, порядок медико-санітарного забезпечення осіб, що утримуються в слідчих ізоляторах і установах виконання покарань.

Організація невідкладної медичної допомоги заарештованим і засудженим також визначена нормативно-правовими актами з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах з питань виконання покарань [1].

Діденко А.І. вважає, що юридичне підґрунтя для забезпечення прав ув'язнених на охорону здоров'я існує і регламентується достатньою кількістю документів. Разом з тим, на даний момент не існує єдиного документу, який би регламентував порядок надання медичної допомоги ув'язненим, допомагав вирішити питання надання медичної допомоги у випадку виявлення інфекційних та гострих запальних хвороб, питання надання інформації про хвороби рідним тощо. Наказ Державного департаменту з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18 січня 2000 року №3/6 скасований і заміни йому на даний час немає.

Таким чином підтримуючі Семакова Г. С, Геля А. П., Діденка А.І. Хобора Р.Б., та інших науковці.

Пропоную звернути увагу на проблеми, які існують та потребують невідкладного вирішення. Недостатня кількість необхідного медичного персоналу та зменшення навантаження на працюючих в установі медичних працівників. Мінімальне фінансування на закупівлю лікарських засобів, лабораторних реактивів, пломбуєчих матеріалів для стоматологічних проблем. Якість надання медичної допомоги не відповідає стандартам у зв'язку з тим, що немає в структурі медчастини відповідного амбулаторно-поліклінічного підрозділу, відсутній стаціонар для хворих на туберкульоз та інше. Відсутня робота з хворими, які мають наркологічні проблеми. Відсутні методи діагностики (лабораторні, інструментальні), крім загальних обов'язкових та рентгелогічних обстежень не робиться необхідних додаткових діагностичних процедур. Не надається належним чином психіатрична допомога у зв'язку з відсутністю лікаря-психіатра.

Література:

1. Коваленко В.М. Проблеми здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України [Текст] /В. М. Коваленко. – К., 2002. – 202 с.
2. Гладун З. С. Законодавство України про охорону здоров'я: поняття, зміст, проблеми і перспективи // Законодавство України про охорону здоров'я: Збірник нормативних актів. – К.: Юрінком Інтер, 2000. –С. 8–16.
3. Європейські в'язничні правила 1987 р. // Офіційний вісник України. – 2006. – №32. – Ст. 270.

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

Грінько О.Ю.,

студент 45 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЧОРНОБИЛЬСЬКОГО БІОСФЕРНОГО ЗАПОВІДНИКА

На сьогодні актуальним питанням в сфері охорони навколишнього природного середовища є поліпшення екологічної ситуації та підвищення рівня екологічної безпеки в Україні. Одним із способів реалізації поставленого завдання є створення Чорнобильського біосферного заповідника, головним завданням якого має стати вивчення антропогенного і техногенного впливу аварії на Чорнобильській АЕС на довкілля для отримання узагальнених знань про стан Чорнобильської зони та прилеглих до неї територій.

Як зазначено в роз. 3 Закону України «Про основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» [1, Ст.218]: захист від надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру відбуватиметься внаслідок реалізації проєктів реабілітації територій, що зазнали радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи. Для виконання поставленого завдання Міністерством екології та природних ресурсів України була сформована робоча група, що займалася питаннями створення Чорнобильського біосферного заповідника. У 2014 році Міністерство екології та природних ресурсів України з Київською обласною державною адміністрацією забезпечило погодження матеріалів проєкту створення заповідника усіма необхідними організаціями.

У 2015 році на основі цих матеріалів розробили проєкт Указу Президента України «Про створення Чорнобильського біосферного заповідника», який наданий час уже погоджений з Мінфіном, Мінагрополітики, Мінекономрозвитку, Держзе-

магентством, Київською обласною державною адміністрацією, Державним агентством України з управління зоною відчуження та Національною академією наук [2].

Для завершення робіт щодо створення Чорнобильського біосферного заповідника Мінприроди організовує роботу щодо погодження проект Указу Президента України «Про створення Чорнобильського біосферного заповідника» Міністерством юстиції України.

Тобто процес розробки нормативно-правової бази, що стосується Чорнобильського біосферного заповідника перебуває на фінальній стадії і найближчим часом розпочнеться етап формування органів управління даним об'єктом.

У 2016 році планується створення Чорнобильського біосферного заповідника. Для реалізації цього плану залучаються і міжнародні організації. На сьогоднішній день існує проект створення науково-дослідного центру під егідою міжнародної програми ООН з навколишнього природного середовища (ЮНЕП), який буде діяти на території заповідника, ЮНЕСКО та інших міжнародні організації, які зацікавлені у створенні такого об'єкта природно-заповідного фонду, адже це створює унікальну і прекрасну можливість для міжнародної наукової співпраці [3]. Зацікавленість міжнародних спільнот пояснюється також тим, що наслідки аварії на Чорнобильській АЕС зачепили інтереси не тільки України, а й всього світу. А створення біосферного заповідника на ураженій території дозволить поліпшити екологічну ситуацію та попередити в майбутньому виникнення таких катастроф.

Відповідно до ст. 12 Закону України «Про природно-заповідний фонд України» [4, Ст. 502]: управління природними заповідниками, біосферними заповідниками, національними природними парками, ботанічними садами, дендрологічними та зоологічними парками загальнодержавного значення, а також регіональними ландшафтними парками здійснюється їх спеціальними адміністраціями. Виходячи з цих положень управління Чорнобильським біосферним заповідником буде здійснюватися окремою адміністрацією на підставі необхідності дотримання особливого режиму території.

Планується розділити територію Чорнобильської зони відчуження і зони безумовного (обов'язкового) відселення на дві частини: промисловий майданчик (приблизно 30 тис. га – 1/10 зони), на якому відбуваються роботи, що пов'язані з забезпечення ЧАЕС, збереженням радіоактивного палива та радіоактивних відходів та зона навколо – власне сам біосферний заповідник (приблизно 230 000 га) [2]. Такий поділ є необхідний для проведення екологічного моніторингу території, а саме детального вивчення радіоактивного фону та прогнозування змін в екосистемі.

Як зазначає заступник Міністра екології та природних ресурсів України, що межі Чорнобильської зони відчуження і зони безумовного (обов'язкового) відселення змінюватися не будуть. До складу біосферного заповідника не ввійде 10-ти кілометрова зона, території, на яких розташовані промисловий майданчик ДСП «Чорнобильська АЕС», комплекс «Вектор», ПЗРВ «Буряківка», «III-я черга ЧАЕС», «Підлісний» та інші виробничі об'єкти, транспортні шляхи [2]. Хоч і дослідження показують, що не вся територія має критичний рівень радіаційного забруднення, але це ще не підставою для повноцінного використання всієї зони відчуження. Адже при зменшенні меж відселення може виникнути пряма загроза для здоров'я населення.

Також було запропоновано замість заповідної зони виділити зону регульованого заповідного режиму. Майбутній біосферний заповідник матиме внутрішню зону-

вання: зона абсолютної заповідності (обмежений доступ), зона стаціонарної і регульованої рекреації і зона, у якій дозволятиметься господарська діяльність, яка поза сумнівом, у тому вигляді, в якому вона не шкодить і не зможе нашкодити даному об'єкту [2]. Тобто мова йде саме про наявність «чистих» ділянок, що є придатними для створення біосферного заповідника і водночас є безпечною рекреаційною зоною.

Поділ зазначеної території є необхідним, адже враховуються природні умови, розташування та особливості природних угруповань, ступінь радіаційного забруднення, характер збережених ландшафтів, пейзажні якості ландшафтів, розміщення інженерних споруд та комунікацій, розташування масивів зелених насаджень та лісів тощо. Варто відмітити, що таке зонування передбачене «Концепцією зони відчуження» [5, Ст. 2379].

Отже, створення Чорнобильського біосферного заповідника є позитивним явищем, адже це забезпечить підтримання екологічного балансу та рівноваги на ураженій території, підвищить рівень екологічної безпеки в Україні і в подальшому стане основою міжнародної наукової співпраці з досліджень зони відчуження.

Література:

1. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Закон України від 21.12.2010р. № 2818-VI // Відом. Верхов. Ради України. – 2011. – № 26. – Ст.1284.

2. Мінприроди активно працює в напрямку створення чорнобильського заповідника: Офіційний сайт Міністерства екології та природних ресурсів України // [Електронний ресурс]: <http://www.menr.gov.ua/press-center/news/123-news1/4288-minpryrody-aktyvno-pratsiuiie-v-napriamku-stvorennia-chornobylskoho-zapovidnyka>

3. Укрепление международного сотрудничества и координация усилий в деле изучения, смягчения и минимизации последствий Чернобыльской катастроф: Резолюция 62-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/62/9 от 18 декабря 2007р// [Електронний ресурс]: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/464/33/PDF/N0746433.pdf?OpenElement>

4. Про природно-заповідний фонд України: закон України від 16.06.1992р. № 2456-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1992. – № 34. – Ст. 502.

5. Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері розвитку діяльності в окремих зонах радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи: розпорядження Кабінету Міністрів України, концепція від 18.07.2012р. № 535-р // Офіційний вісник України. – 2012. – № 59. – Ст. 144.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Громова Д.О.,

студент 45 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ АКЦІОНЕРНИХ ТОВАРИСТВ В УКРАЇНІ

Акціонерні товариства в економічному секторі нашої держави відіграють важливу роль, адже саме цей вид господарських товариств створює найбільшу частку ВВП країни. Тому удосконалення правового регулювання їхньої діяльності є важливим завданням розбудови ринкових відносин і значною мірою визначатиме успішність інтеграції України до системи світових господарських зв'язків, залучення іноземних інвестицій.

Взагалі, для дослідження даного питання доцільно було б дослідити, як в національному законодавстві визначається поняття акціонерного товариства, зокрема, в ст. 3 Закону України «Про Акціонерні товариства» – акціонерне товариство – господарське товариство, статутний капітал якого поділено на визначену кількість часток однакової номінальної вартості, корпоративні права за якими посвідчуються акціями. Також, визначення міститься в ст. 24 ЗУ «Про господарські товариства» – акціонерним визнається товариство, яке має статутний (складений) капітал, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства. Схожим є поняття зазначене у ч.2 ст. 80 Господарського кодексу України – акціонерним товариством є господарське товариство, яке має статутний капітал, поділений на визначену кількість акцій однакової номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства, а акціонери несуть ризик збитків, пов'язаних із діяльністю товариства, в межах вартості належних їм акцій, крім випадків, визначених законом.

На сьогодні, основою правового регулювання діяльності акціонерних товариств є ЗУ «Про акціонерні товариства», ЗУ «Про господарські товариства», Господарський кодекс України, Цивільний кодекс України, ЗУ «Про депозитарну систему України», ЗУ «Про цінні папери та фондовий ринок» та інші.

Вони є поширеною формою господарських товариств, оскільки значна частина приватизованих підприємств набула форм акціонерних товариств. Найбільша їх кількість припадає на промисловість. Вони набули значної популярності завдяки своїм позитивним рисам, однак їм притаманні також негативні риси.

Якщо звернутися до праці Н. В. Кармазіної, то вона зазначає, що до позитивних рис акціонерних товариств належать: – обмеженість економічного ризику. АТ несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства, а акціонери несуть ризик збитків, пов'язаних з діяльністю товариства, в межах вартості належних їм акцій, що сприяє залученню значної кількості учасників (акціонерів) і концентрації капіталу; стабільність майнової бази АТ, оскільки на неї переважно не впливає вихід акціонерів з товариства. Їх вихід відбувається шляхом відчуження акцій іншим особам і не призводить до зменшення майнової бази товариства; необхідність персональної участі акціонерів у діяльності АТ, яка сприяє залученню нових акціонерів і їх коштів; можливість розповсюдження акцій відкритим акціонерним товариством шляхом відкритої передплати та купівлі-продажу на біржах, яка дає шанс інвестиційно привабливому АТ відносно легко збільшити акціонерний капітал, а стратегічному інвестору взяти участь у перерозподілі контрольного пакета акцій з метою контролю за діяльністю товариства; відчуження належних акціонерам АТ акцій без згоди інших акціонерів і товариства, що збільшує можливість залучення до участі у відкритих акціонерних товариствах широких верств населення; підвищення кваліфікаційного рівня фахівців з питань фондового ринку (навчання, атестація, сертифікація, ліцензування) [1, с. 80].

Не можна не погодитися з думкою ВВ. Сазонова, який визначає характерні риси акціонерного товариства. По-перше, статутний фонд акціонерного товариства має акціонерну природу, формується шляхом емісії і продажу акцій фізичним та/або юридичним особам; по-друге, тільки акціонерне товариство має публічний статус емітента акцій. Інші господарські товариства не мають статусу емітента акцій. Акції відкритих акціонерних товариств допускаються до вільного продажу на умовах, визначених Законом України «Про цінні папери і фондову біржу», іншими актами про

фондовий ринок. По-третє, фізичні та юридичні особи, які придбали акції акціонерних товариств, фіксуються у книгах реєстрації акцій і набувають статусу акціонерів. Права та обов'язки акціонерів визначені ст.ст. 10, 11 Закону України «Про господарські товариства», ст.ст. 4, 5, 8, 9 Закону України «Про цінні папери і фондову біржу». По-четверте, особливою ознакою акціонерного товариства є обмеження відповідальності акціонерів. Вони відповідають за зобов'язаннями товариства тільки в межах належних їм акцій. У випадках, передбачених статутом, акціонери, які не повністю оплатили акції, несуть відповідальність за зобов'язаннями також у межах несплаченої суми [2, с.332].

При вирішенні питання правового регулювання акціонерних товариств доцільно звернути увагу на основний закон в цій сфері – ЗУ « Про акціонерні товариства. Як зазначає вчений Д. А. Дяковський в законі приділяється увага захисту прав акціонерів як великих, так і дрібних; водночас обмежено можливості для зловживань із боку несумлінних акціонерів чи менеджменту, рейдерських структур. Тому, навіть незважаючи на деякі недоліки, закон «Про акціонерні товариства» слід оцінювати позитивно. Його прийняття було прогресивним кроком, зумовленим нагальною економічною необхідністю, оскільки успішне функціонування і розвиток ринкової економіки в нашій державі, і зокрема такого важливого її елемента як акціонерні товариства, що вимагає ретельного врегулювання великого комплексу питань, пов'язаних із їх створенням і діяльністю. У цілому Закон «Про акціонерні товариства» відповідає потребам нашої держави, міжнародним стандартам і має значний позитивний вплив на розвиток економіки України [3, с. 40 – 41].

Також, можна звернутися до монографії В.О. Шаповалова, який стверджує, що підприємства акціонерного сектору України мають важливе значення для забезпечення розширеного відтворення національної економіки. Проте, практика показує наявність значної кількості деструктивних факторів, що стримуються ефективне функціонування акціонерних товариств України. Ці чинники мають різний характер і походження, але в узагальненому вигляді їх негативний вплив проявляється в наступному: дисбаланс інтересів між суб'єктами акціонерних відносин; низький рівень економічної безпеки акціонерних товариств; ринок акцій не виконує роль джерела інвестиційних ресурсів. Існування таких негативних явищ ми пов'язуємо з тим, що до цього часу не сформовано ефективний механізм координації акціонерних відносин, що включав би відповідну систему державного регулювання акціонерного сектору [4, с.135].

Отже, акціонерні товариства відіграють важливу роль в економіці України, і безперечно правове регулювання їх діяльності потребує постійного вдосконалення і оновлення. Існує ряд труднощів, які постали сьогодні перед акціонерними товариствами, зокрема це і зниження інвестиційного клімату, захист прав інвесторів, вдосконалення ринку акцій. Для того, щоб вирішити ці питання потрібна взаємодія всіх суб'єктів акціонерних відносин, а саме найважливіше держави, як правового регулятора цих відносин.

Література:

1. Кармазіна Н. В. Наукові підходи до вдосконалення державного регулювання процесами формування акціонерної власності / Н. В. Кармазіна // Вісник Академії митної служби України. Сер. : Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 79-84. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vamcudu_2010_2_13.pdf

2. Сазонов В.В. Окремі питання правового регулювання діяльності акціонерних товариств в Україні // Часопис Київського університету права. – №2.- 2011. – с. 332-335

3. Дяковський Д. А. Сучасне правове регулювання діяльності акціонерних товариств в Україні / Дяковський Д.А. // Наукові записки НаУКМА. – 2009. – Т. 94 : Економічні науки. – С. 37-41.

4. Шаповалов В.О. Акціонерний сектор національної економіки як об'єкт державного регулювання : монографія / В.О. Шаповалов, С.С. Ніколенко, І.М. Ковальчук. – Полтава: ПУЕТ, – 2014. – 199 с.

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

Громова Д.О.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВПЛИВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНОГО НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Конституцією України в ст. 50 закріплено право кожного на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Одним із проявів порушення вищезазначеного права людини є радіоактивне забруднення навколишнього природного середовища, оскільки здоров'я особи перебуває у безперервному взаємозв'язку з його складовими. Дослідження впливу такого середовища на стан здоров'я особи є актуальним на сьогодні. Відповідна тема знаходиться на стику екологічного та медичного права, що підкреслює важливість даного питання.

Проблемі впливу радіоактивного навколишнього середовища на стан здоров'я людей присвятили свої праці такі вчені як, Н. В. Боруль, Н. Г. Гойда, Ю. О. Кутлахмедов, А.Є. Крижанівська, В.П. Петрусенко, Н.О. Рингач, Л.Я. Савчук та ін.

Перш ніж розкривати обрану тему, слід навести визначення основних понять, що будуть використовуватися у ході дослідження.

Так, навколишнє природне середовище визначається як сукупність усіх природних умов, у тому числі й тих, що зазнали змін у процесі виробничо-господарської діяльності, які перебувають у нерозривному зв'язку та створюють єдину екологічну систему [1, с. 8].

Легальне визначення терміну міститься у ст. 5 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [2, Ст. 546], де навколишнє природне середовище – це сукупність природних і природно-соціальних умов і процесів.

Відповідно до ч. 2 ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [3, Ст. 145]: здоров'я – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад.

Згідно з преамбулою Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища»: Україна здійснює на своїй території екологічну політику, спрямовану на захист життя і здоров'я населення від негативного впливу, зумовленого забрудненням навколишнього природного середовища. Тож, із вищезазначеного слідує, що держава взяла на себе зобов'язання щодо захисту громадян від чинників, котрі негативно впливають на довкілля та здоров'я людей.

Щодо міжнародного регулювання відповідної проблеми, то як відзначає Н.О. Рингач, з огляду на Концепцію сталого розвитку сьогодні приділяється зна-

чна увага зв'язку здоров'я і навколишнього середовища. Порядком денним на XXI ст., прийнятим Конференцією ООН з довкілля та розвитку (Ріо-де-Жанейро, 3-14 червня 1992 р.), усім країнам рекомендовано розробити плани пріоритетних заходів щодо зниження ризиків для здоров'я, пов'язаних із забрудненням та шкідливим впливом навколишнього середовища [4, с. 14]. Як бачимо і на національному, і на міжнародному рівні проблема впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення потребує врегулювання.

Як відзначається у абз. 6 п. 2 Постанови ВР України «Про Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки» [5, Ст. 248]: головними місцями накопичення радіоактивних відходів є атомні станції, на яких здійснюється їх первинна переробка та тимчасове зберігання. За абз.7 п. 2 даної постанови у шести областях України розташовані регіональні підприємства УкрДО «Радон» з переробки та зберігання радіоактивних відходів, які приймають на зберігання радіоактивні відходи від усіх галузей народного господарства. Ці підприємства також не мають установок для первинної переробки відходів. Через існування великої кількості штучних і природних джерел іонізуючого випромінювання та в результаті Чорнобильської катастрофи в Україні склалася дуже складна радіоекологічна ситуація, яка викликає необхідність створення системи заходів радіаційного захисту населення та навколишнього природного середовища (абз.10 п.2 вищезазначеної постанови). Отже, законодавець вказав на існуючі джерела, що негативно діють на навколишнє природне середовище, а також визнав негативний вплив на здоров'я особи.

Радіоактивне забруднення навколишнього середовища за ступенем хімічної небезпеки для людини посідає одне з перших місць. Для підтвердження небезпечності радіоактивного забруднення та його негативного впливу на стан здоров'я людини можна навести дослідження Ю. О. Кутлахмедова. Як відзначає вчений, у зв'язку із радіоактивним забрудненням навколишнього середовища у населення спостерігається різноманітна патологія залежно від специфічного впливу радіаційного забруднювача: хвороби нервової системи, кровотворної системи, хвороби органів дихання, травлення, сечостатевої системи, порушення ендокринної системи, хвороби шкіри, ускладнення вагітності та пологової діяльності, вроджені аномалії, новоутворення та генетичні наслідки. Як наголошує автор, стан здоров'я населення у зв'язку із забрудненням довкілля більш активніше вивчається у тих регіонах, що характеризуються підвищеним рівнем радіоекологічної небезпеки [6, с. 135].

Певні заходи, що проводяться державою з метою запобігання захворюванням у зв'язку із радіаційним забрудненням довкілля закріплені в Законі України «Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи» (ст. 13, 17) [7, Ст. 198].

Таким чином, проблема впливу радіоактивно забрудненого навколишнього середовища на стан здоров'я населення є надзвичайно гострою та потребує правового врегулювання з боку як екологічного так медичного права.

Література:

1. Екологічне право : [підруч. для студ. юрид. спец. вищ. навч. закл.] Е45 / за ред. А. П. Гетьмана. – Х.: Право, 2013. – 432 с.
2. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 р. (з наступ. змін. та доповн.) № 1264-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – № 41. – Ст. 546.

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ // Відом. Верхов. Ради. – 1992. – № 4. – Ст.145.

4. Рингач Н. О. Соціальні нерівності, ризики навколишнього середовища та здоров'я / Н. О. Рингач // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 14-19.

5. Про основні напрямки державної політики України в галузі охорони навколишнього середовища, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки: постанова Верховної Ради України від 05.03.1998 р. // Відом. Верхов. Ради України. – 1998. – № 38-39. – Ст. 248.

6. Кутлахмедов Ю. О. Вплив радіоактивно забрудненого навколишнього середовища на стан здоров'я населення на прикладі Дубровицького району Рівненської області / Ю. О. Кутлахмедов, Н. В. Боруль // Наукоємні технології. – 2014. – № 1. – С. 135-140.

7. Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи: закон України від 27.02.1991 № 791а-ХІІ // Відом. Верхов. Ради УРСР. – 1991. – № 16. – Ст. 198.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Дегтяр Я.В.,

студент 43 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА АБОРТ В МОРАЛЬНО-ПРАВОВОМУ АСПЕКТІ

Сьогодні проблема абортів є досить актуальною в нашій державі. Україна за кількістю абортів посідає одне із перших місць в Європі. На жаль, велика кількість абортів, які проводяться в нашій державі, значною мірою підривають репродуктивне здоров'я жінок.

Згідно з останніми статистичними даними, в Україні смертність після абортів становить приблизно 23% жінок репродуктивного віку [1].

Проблема права на аборт висвітлюється такими вітчизняними вченими як О. М. Гончаренко, Н.В. Анішук, В.В. Вустенко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта.

О. М. Гончаренко влучно зауважує, що проблеми абортів є комплексними, що підтверджується на міжнародному рівні фактом роботи над цими питаннями Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав. Це положення не є випадковим. Проблема абортів одночасно торкається інтересів і долі як мінімум двох людей – жінки, що вирішила перервати вагітність, й ембріона (плоду), що знаходиться в її утробі [2].

В Декларації про медичні аборти, прийнятій в Осло в 1970 році, вказано на перший етичний принцип, який пред'являється до лікаря, це повага до людського життя з самого його початку. Обставини, за яких життєві інтереси матері стикаються з життєвими інтересами ненародженої дитини, породжують дилему і ставлять запитання, чи повинна зумисне перерватися вагітність, зазначається в Декларації. Різноманітність відношень до цієї ситуації виникає з різноманітності відношення до життя ненародженої дитини. Це сфера особистих переконань і совісті, які необхідно поважати [1]. Отже, ми бачимо, що на міжнародному рівні право на аборт все-таки визнається невід'ємним правом жінки, а саме – правом розпоряджатися своїм тілом.

Однак, слід зазначити, що на сьогодні більшість держав світу закріплюють в своєму законодавстві різного роду обмеження на аборти. Серед них, наприклад, обов'язковий період очікування (тобто, жінці дається якийсь час, щоб переглянути своє рішення) чи згода чоловіка. Деякі такі обмеження не можна назвати доцільни-

ми, наприклад, згоду чоловіка. Ставлячи такі обмеження, жінка стає залежною від чоловіка, тобто порушується її фізична недоторканність.

Щодо законодавчого регулювання права на аборт в Україні, то відповідно Закону України «Про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України», переривати вагітність можна лише до 22-го тижня; згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2006 р. № 179, новонароджений – це живонароджена дитина, яка народилася або вилучена з організму матері після повного 22-го тижня вагітності (з 154-ї доби від першого дня останнього нормального менструального циклу). Вагітність терміном від 12 до 22 тижнів може бути перервана лише за наявності медичних (туберкульоз, вірусний гепатит, ВІЛ-інфекція та інші) або соціальних (наявність трьох і більше дітей, розлучення під час вагітності, смерть чоловіка під час вагітності тощо) показань [3].

На сьогоднішній день переривання вагітності регламентується наказом МОЗ України від 20.07.2006 р. № 508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення» (зарєєстровано в Міністерстві юстиції України 25.10.2006 р. № 1155/13029). Наказом визначені методика передабортного та післяабортного консультування вагітної щодо особливостей конкретного методу штучного переривання вагітності, перелік протипоказань до проведення медикаментозного штучного переривання вагітності, інструкція про порядок та методики проведення переривання вагітності, положення про Комісію органу охорони здоров'я з визначення показань до штучного переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, тощо.

Отже, Україна створила певний правовий фундамент, що дозволяє жінкам реалізовувати право на аборт. І як наслідок, в нашій країні тільки 2% жінок віком до 40 років не зробили жодного аборт, що свідчить про низьку культуру планування сім'ї в українському суспільстві [1].

Практично у всіх країнах гостро обговорюється проблема абортів. Існують два рухи в цьому напрямку: «за життя» і «за вибір» («pro-life» – «pro-choice»).

Як відомо, прихильники руху «за життя» дотримуються думки, що життя людини починається з моменту зачаття, а не народження, і тому варто захищати права ембріона нарівні з іншими людьми, включаючи, природно, право на життя. Із цього погляду аборт розглядається як убивство. У таборі «за життя» – більшість релігійних організацій. Що характерно, прихильники руху «за життя» апелюють в основному до морально-етичного аспекту. Так, В.В. Вустенко у своїй роботі прирівнює аборт до «вбивства невинної душі», що є по суті суб'єктивною думкою автора [3].

Рух «за вибір» вважає, що жінка повинна мати право на вільне самостійне рішення щодо свого майбутнього, свого здоров'я, у неї повинен бути вибір – народити дитину або перервати вагітність; право на аборт розглядається як одне з фундаментальних прав людини [2].

Прихильники легалізації абортів наполягають на наявності в жінки права на недоторканність приватного життя: аборт – це особистий вибір жінки. Жінка має право приймати рішення відносно свого тіла. Питання, пов'язані з дітонародженням, повинні бути винятково приватною справою людини.

Відповідно до права на охорону здоров'я – кожен може розпорядитися ним на свій розсуд. Держава втручається тільки в тому випадку, коли вчинки громадянина становлять небезпеку для суспільства.

Слід зазначити, що основним напрямком політики держави стосовно абортів має бути не заборона абортів чи встановлення жорстких обмежень, як вимагають представники «руху за життя», а створення таких умов, за яких була б відсутня потреба в ньому. А потреба абортів в Україні тісно пов'язана з низьким рівнем життя. Складна економічна ситуація в Україні значною мірою впливає на прийняття жінками рішення про проведення абортів.

Щоб оптимізувати ситуацію з поширеністю абортів необхідно зокрема зробити засоби контрацепції більш доступними, шляхом зміни співвідношення вартості контрацепції та операції штучного переривання вагітності, упровадити питання статевого виховання у систему шкільної освіти, проводити просвітницьку роботу.

Отже, можна зробити висновок, що право на аборт є обмеженням права на життя, оскільки йдеться і про право матері на приватне життя і про її свободу розпоряджатися власним тілом. І хоч Україна створила правовий фундамент для реалізації жінками права на аборт, та все ж існують проблеми з цього питання, зокрема, високий рівень смертності жінок після абортів та велика кількість їх здійснення в нашій державі.

Література:

1. Аніщук Н. В. Право на аборт: стан законодавчого забезпечення та реалізації в Україні / Н. В. Аніщук // Актуальні проблеми держави і права, 2006. т.Вип. 29.- С.318-322

2. Гончаренко О. М. Аборт – невід'ємне право жінки, порушення чи обмеження права на життя: міжнародний досвід [Електронний ресурс] / О. М. Гончаренко // Режим доступу: <http://elibrary.nubip.edu.ua/8589/1/hom.pdf>

3. Вустенко В.В. Право на аборт у контексті дотримання міжнародних прав людини / В.В. Вустенко // *Новости медицины и фармации.* – 5 (209). – 2007. – С. 44.

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

Дейнека В.С.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

В умовах реформування медичної галузі, медицина на селі має свої завдання і потреби. Вирішення задачі наблизення якісної медичної допомоги жителям села є вкрай актуальною. Одним з головних завдань є створення належних умов для роботи медичного персоналу амбулаторії загальної практики сімейної медицини, профілактики та лікування жителів села. Незалежно від того, чи медична установа діє в обласному, районному центрі, чи в селі, лікарські послуги мають бути однаково якісними та надаватись в належних умовах. На сьогодні досить актуальним є питання вдосконалення правового регулювання медичного забезпечення сільського населення.

Питаннями правового регулювання медицини в сільській місцевості займалися такі вчені як А. Статівка, В. Москаленко, Д. Карамішев, З. Гладун, І. Рожкова, Л. Жаліло, Н. Бугай, Я. Будузган, Я. Радиш та ін.

Власне, О. М. Пашенко, досліджуючи питання щодо організаційно-правового забезпечення соціального розвитку села, зауважує, що ефективне виробництво товарної сільськогосподарської продукції не можливе без наявності державних про-

текціоністських програм, спрямованих на формування повноцінного життєвого середовища, задоволення економічних і соціальних інтересів сільського населення, забезпечення комплексного розвитку сільських територій, об'єктів соціальної інфраструктури, сучасних систем зв'язку та інформатики, транспорту, житлово-комунального та водного господарства, шляхового будівництва, збереження сільської поселенської мережі тощо. [1].

Ст. 49 Конституції України визначає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Держава забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя населення.

Відповідно до Загальнодержавної програми соціально-економічного розвитку українського села на період до 2015 року, у сфері охорони здоров'я першочергово увага спрямовується на: формування та налагодження функціонування на селі системи надання медичної допомоги населенню на основі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини; оптимізацію мережі первинної медико-санітарної допомоги шляхом створення, реорганізації фельдшерсько-акушерських пунктів; задоволення потреб сільського населення в спеціалізованій і невідкладній медичній допомозі, оснащення та поліпшення кадрового забезпечення відповідних лікувально-профілактичних закладів.

В проєкті від 28.01.2015 року Єдиної комплексної стратегії розвитку сільсько-го господарства та сільських територій на 2015-2020 роки визначено, що необхідно гарантувати надання базових суспільних послуг, зокрема регулярної диспансеризації, невідкладної та первинної медичної допомоги безпосередньо за місцем проживання сільського населення.

Розвиток соціальної сфери села потребує організації для сільських мешканців належного рівня медичного обслуговування. Оскільки, збереження здоров'я селянина як громадянина та забезпечення його медичною допомогою є важливою державною справою. В даному випадку держава є офіційним представником суспільства, а не лише окремих його верств. Відносини між державою та особою (громадянином) у галузі охорони здоров'я ґрунтуються на принципі взаємної відповідальності, який реалізується у прийнятті державою конкретних зобов'язань, що спрямовані на забезпечення прав громадян на охорону здоров'я. А також важливою є наявність відповідальності посадових осіб медичної галузі перед суспільством та особою за невиконання чи за не належне виконання їх посадових обов'язків, які спрямовані на збереження здоров'я громадян. Слушно зазначає В.М. Пашков, що право громадян на охорону здоров'я має бути не лише проголошене, а й гарантоване державою [2]. Такою гарантією є закріплення права на охорону здоров'я в ст. 49 Конституції України.

Що ж до реалізації права на медичне обслуговування, то необхідно визначити поняття фельдшерсько-акушерського пункту (ФАП). Відповідно до Положення про ФАП, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 14.11.2011р. № 755, де визначено, що ФАП є структурним підрозділом амбулаторії центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, що забезпечує надання долікарської

медичної допомоги населенню відповідного населеного пункту. Реорганізація галузі охорони здоров'я передбачає, що на первинному рівні ФАПи створюються для обслуговування 300 і більше осіб, також міститься обмеження, що вони створюються там, де немає інших надавачів безоплатної первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. Також створюються амбулаторії сімейних лікарів, які планово обслуговуватимуть закріплене населення за нормативом 1200 осіб в селах, селищах, містах районного значення і які розташовуються по території району з урахуванням потреб населення у медичній допомозі [3].

Відповідно до п.3.1.1.вищезазначеного Положення, ФАПи також мають право самостійно здійснювати виклик бригади швидкої медичної допомоги, а також за погодженням з лікарем, у віданні якого перебуває ФАП/ФП, планувати роботу та затверджувати графік роботи.

Необхідно звернути увагу, що відповідно до п. 2 Перехідних положень Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011р. № 3611-17 до 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики сімейної медицини та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів, а також дільничні терапевти, дільничні педіатри та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом дільничних терапевтів і дільничних педіатрів. Починаючи з 2020 року, первинна медична допомога надаватиметься виключно лікарями загальної практики – сімейними лікарями. Тобто це буде єдиний лікар, який надаватиме такий вид допомоги.

Проте залишається невизначеним поняття «сімейний лікар». Деякі думки з цього приводу було висвітлено в звіті МОЗ «Загальна практика – сімейна медицина – основа формування національної системи охорони здоров'я» [4], де наведено принципи діяльності сімейного лікаря, а також особливості його праці. Сама ж сімейна медицина являє собою форму медичного обслуговування, яка полягає у зверненні до сімейного лікаря будь-кого з членів родини за медичною допомогою.

Отже, в Україні на сьогодні діє Загальнодержавна програма соціально-економічного розвитку українського села на період до 2015 року, де й визначено основні напрямки діяльності в даній сфері. Тому, в умовах дефіциту фінансових і кадрових ресурсів розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини є найбільш ефективним в системі охорони здоров'я. Перш за все, має бути прийнята програма регулювання розвитку села на майбутній період, в якій і будуть визначені головні напрямки у сфері реформування системи медичної допомоги на селі. Звуження кола осіб, які надають первинну медичну допомогу шляхом визначення сімейного лікаря її виключним надавачем допоможе зосередитися іншим медичним працівникам на виконанні конкретних завдань за своїм спрямуванням. Збільшення кількості персоналу ФАПів та підвищення їх кваліфікації дозволить їм охопити більшу кількість сільського населення для обслуговування.

Література:

1. Говорили про господарку, фінанси та реформи // Народне слово. – 2 листопада 2011 р. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://narodne-slovo.te.ua/2011/11/02/hovoryly-pro-hospodarku-finansy-ta-reformy/>
2. Пашков В. М. Напрямок оптимізації господарсько-правового забезпечення суспільних відносин у галузі охорони здоров'я. – К., 2006. – С. 4–5.

3. Аграрне право України / За ред. проф. О. О. Погрібного. – К.: Істина, 2007. – С. 183–186

4. Загальна практика – сімейна медицина – основа формування національної системи охорони здоров'я // Звіт МОЗ. – 29 жовтня 2015р. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_082004_0.html

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

Дейнека В.С.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

У 90-х роках минулого століття у великих містах України з'явилися перші приватні клініки, які пропонували громадянам платні медичні послуги. В тогочасних умовах питання державного регулювання приватної медицини набуло особливого значення, яке зберігається і до сьогодні.

Специфічні особливості розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я досліджують українські фахівці В. Бірюков, В. Журавель, В. Пащенко, а також і зарубіжні дослідники, такі як Ф. Дуїч, Д. Хантлер, Р. Шеффлер.

Приватна система охорони здоров'я – це сукупність об'єктів охорони здоров'я, які здійснюють приватну медичну діяльність. А приватна медична діяльність становить собою діяльність з надання медичної допомоги, що здійснюється суб'єктами приватної системи охорони здоров'я. [1, с.179].

У чинному медичному законодавстві положення стосовно статусу суб'єктів, котрі здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я, мають досить загальний характер і не визначають його особливості, які пов'язані з тим, що така діяльність здійснюється у соціальній сфері, а її результати мають безпосередній вплив на життя та здоров'я людини. Через це такий стан законодавства не сприяє врегулюванню відносин, які виникають за участю цих суб'єктів, і, як наслідок, негативно впливає на задоволення потреб громадян у кваліфікованому та високоякісному медичному обслуговуванню, а також на розвиток усієї галузі в цілому.

У статті 16 Закону України « Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801-ХІІ зазначено, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. У свою чергу створення та діяльність приватних медичних закладів підтримується державою. Проте провадження господарської діяльності в сфері охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії (ст. 17 Основ законодавства про охорону здоров'я). Необхідність у створенні приватного медичного закладу визначає не держава, а володілець на підставі маркетингових досліджень ринку медичних послуг та на власний ризик [2, с.12].

В Україні тривалий час система охорони здоров'я залишалася суто за державою. Ця структура в певних умовах працювала досить успішно. Однак зміни економічної ситуації в країні призвели до змін у медичній сфері. На сьогодні частка

приватного сектора в Україні становить 2-3%, а у великих містах, обласних центрах досягає 5-10 %.

Наявність розвинутого приватного сектора медичних послуг дає змогу полегшити навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки перший обслуговує частину громадян, які спроможні самостійно сплачувати за лікування (на сьогодні близько 10% населення України обслуговується у приватних медичних центрах чи кабінетах). Крім того створюється конкурентне становище на ринку медичних послуг, що підвищує ефективність роботи в цій галузі [2, С.179-180].

Основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є: доступність, оснащеність, кваліфікація персоналу і зв'язок з потужними лікувальними установами, позиціонування на ринку.

Також, подальший розвиток медичного приватного сектору України вимагає враховувати особливості соціально економічної ситуації, яка склалася на сьогодні, а саме те що:

- приватна медична діяльність не може повністю замінити суспільні форми медичного обслуговування, вона повинна бути рівноправним доповненням у національній системі охорони здоров'я;

- на державному і територіальних рівнях повинен існувати певний перелік лікувально-профілактичних закладів стратегічного характеру, який би забезпечував соціальні гарантії в медицині та заборону переведення їх в приватний сектор регулювання [1, с. 180].

Поряд з цим, 07 липня 2015 р. у Верховній Раді України зареєстровано проект Закону України: «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» (реєстраційний № 2309а). Він є одним із системоутворюючих нормативно-правових актів у сфері реформування охорони здоров'я шляхом здійснення структурної реорганізації системи медичного забезпечення, що проявляється в запровадженні нових підходів щодо планування мережі закладів охорони здоров'я, у тому числі і приватних.

Отже, державне регулювання приватного сектору у сфері охорони здоров'я потребує подальшої уваги з боку науковців та фахівців, за для повного та всебічного врегулювання такого виду відносин, а також необхідно чітко визначити на законодавчому рівні максимальний обсяг приватних медичних закладів для того, щоб вони не витісняли державу зі сфери надання медичних послуг.

Література:

1. Мезенцева Н.Б., Буравльов Л.О., Радиш Я. Ф. Правове регулювання приватного сектора в охороні здоров'я в Україні: стан і перспективи розвитку// [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://medicallaw.org/ua/uploads/media/02_179.pdf

2. Беденко-Зваридчук О. Правовий статус медичного закладу/ О. Беденко-Зваридчук// Практика управління медичним закладом. – 2012. – №4. – С. 11-24.

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

*Денисенко О.О.,
студент 21 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

НЕОБХІДНІСТЬ ЗАКРІПЛЕННЯ ПРЕЗУМПЦІЇ ЗГОДИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ПОМЕРЛОЇ ОСОБИ

Проблема дефіциту органів для пересадки є актуальною практично для всіх країн світу. Відповідно, серед організаторів охорони здоров'я в Україні найбільший інтерес викликає питання відбору анатомічних матеріалів із тіла фізичної особи, яка померла. Адаже недостатність такого матеріалу спричинила виникнення потужного джерела криміногенного потенціалу – посередництва та чорного ринку трансплантатів. Особливо актуальною ця тема постає у зв'язку з наявністю проекту нового Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині».

Проблеми правового регулювання трансплантації і донорства активно досліджували вчені-юристи М. Авдєєв, В. Суховерхий, Л. Красавчікова, М. Малєїн, М. Малєїна, Н. Маргацька, М. Ковальов, А. Тихомиров, Д. Кобяков, С. Стеценко, С. Тихонова, М. Горелик, Г. Красовський.

Конституційною підвалиною юридичної регламентації донорства в Україні є стаття 29 Основного Закону, яка визначає право на особисту недоторканність в аспекті згоди чи відмови від будь-якого медичного втручання. Забезпечення правової відповідальності за вчинення суспільно небезпечних діянь у сфері донорства і трансплантації здійснюється Кримінальним кодексом України. Однак правові норми кримінального законодавства, які закріплюють відповідальність за порушення права на донорство і трансплантацію, носять відсильний характер, тобто передбачають звернення до спеціальних правових норм, зокрема, до Цивільного кодексу України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», «Про донорство крові та її компонентів», а також до підзаконних нормативно-правових актів, що визначають окремі питання у сфері донорства. [3]

Основним фактором виникнення посередництва та чорного ринку у досліджуваній сфері більшість авторитетних трансплантологів та правників вважають недосконалість юридичної моделі надання згоди на вилучення органів від померлих донорів.

Світовий досвід донорства органів визначає дві юридичні моделі відбору органів, схвалені ВООЗ. Вони мають форму презумпції: згоди та незгоди. Презумпція згоди – це припущення, що після смерті органи особи можуть бути використані як донорські, за умови, якщо людина за життя не повідомляла, що вона проти трансплантації своїх органів. При цьому не потрібно отримувати згоду родичів померлого. Натомість презумпція незгоди передбачає прижиттєве розпорядження донора або згоду членів сім'ї після його смерті. [4]

У статті 16 чинного Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», що є провідним джерелом при аналізі даної проблеми, відсутнє чітке регламентування принципу, який діє при визначенні згоди потенційного донора. Так, частина шоста вказаної статті передбачає заборону вилучати донорський матеріал при наявності заяви про незгоду стати донором (презумпція згоди). Водночас в цій же частині передбачено неможливість отримання

донорського матеріалу без прижиттєвої згоди донора або його близьких родичів (презумпція незгоди).[2]

Таким чином, процедура отримання анатомічних матеріалів обтяжена та передбачає dvojake трактування, що відкриває шлях до зловживань у цій сфері. У зв'язку з цим такі положення закону потребують відповідних змін з метою врегулювання даних правовідносин, що забезпечить захист життя та здоров'я людей.

Варто зазначити, що вищезгадана стаття надає право громадянам зафіксувати в тій чи іншій формі (в тому числі нотаріальній) й довести до відома заклади охорони здоров'я про свою незгоду на вилучення у них органів або тканин після смерті з метою трансплантації. Однак, доцільно створити комп'ютерну базу незгоди із забиранням органів, куди кожна людина могла б внести свої дані. Відсутність ж відповідних даних у вказаній базі могла б бути достатньою підставою для застосування презумпції згоди на взяття органів у померлої людини навіть у разі відсутності згоди її близьких родичів. [1]

Зважаючи на викладене, на нашу думку, доцільним внести зміни до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», передбачивши у ньому презумпцію згоди потенційного донора на вилучення у нього органів після смерті. Такий підхід спрямований на усунення посередників та чорногоринку у сфері трансплантології. У той же час населення має бути поінформоване про своє право на прижиттєву відмову на відбирання органів, повинно розуміти зміст цього права і знати, у якому органі, коли і яким чином воно може бути реалізоване. Така модель вилучення органів померлих може забезпечити максимально можливу їх кількість, зменшить соціальну напругу в суспільстві та покращить міжнародний імідж України, виражаючи прагнення держави до впровадження високих стандартів надання медичної допомоги та забезпечення надійного контролю у сфері трансплантації.

Література:

1. Проект Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150626_0.html
2. Пустовіт А. Трансплантологія в Україні: недоліки законодавства та рекомендації з його розвитку // «Юридична газета». – 2010. – ст.5-7.
3. Законодавче забезпечення донорства в Україні // Вісник Львів – Серія юридична. – 2008. – Вип. 46. – с. 26–32.
4. Про затвердження Державної цільової програми «Трансплантація» на період до 2012 року: постанова КМУ від 8 жовтня 2008 року // «Урядовий кур'єр» – №207.- 2008. – ст. 9-10.

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

*Дерев'яно Д.В.,
студент 44 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Будь-яка сфера людської практики пов'язана з ризиками. Не є винятком і професійна медична діяльність. Однак ціна помилки лікаря одна із найвищих. Ризикованість медичної діяльності зумовлена, як об'єктивними (впровадження нових ліків, методів лікування, поява нових недосліджених хвороб) так і суб'єктивними (недостатній рівень кваліфікації медичних працівників) чинниками.

Можна прослідкувати дві взаємовиключні тенденції. З одного боку з розвитком науки медична діяльність стає все більш безпечною для людини, а з іншого боку в усіх країнах яскраво прослідковується тенденція дозбільшення кількості претензій та позовів проти медичних працівників. Суми відшкодувань з якими пацієнти звертаються до лікарів вражають. Тому вкрай важливим та актуальним є питання захисту майнових інтересів медичних працівників на випадок заподіяння шкоди життю та здоров'ю пацієнта унаслідок професійних помилок.

Фінансовим інструментом який би, на наш погляд, зміг реально захистити як майнові інтереси медичних працівників так і пацієнтів є страхування професійної відповідальності медичних працівників. Питання страхування професійної відповідальності медиків не є новим, йому уже приділяли увагу такі фахівці, як: З. Гладун, С. Антонов, І. Сенюта та інші. З аналізу праць вчених та з інформації яку надають страховики стає зрозумілим, що даний вид страхування є мало поширеним в нашій державі на відміну від найбільш прогресивних країн світу. Тому видається за необхідне проаналізувати основні, на наш погляд, причини які сповільнюють поширення даного виду страхування.

Почнемо з того, що Законом України «Про страхування» непередбачено такого виду страхування (ні серед обов'язкових ні серед добровільних видів) як страхування цивільної відповідальності медичних працівників. Однак згідно даного закону страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам належить до обов'язкових видів страхування. Перелік таких осіб, а також порядок та правила проведення даного виду страхування має встановлюватись Кабінетом Міністрів України. Спроба встановити коло медичних працівників діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, та порядок проведення обов'язкового страхування їхньої відповідальності була здійснена у 2009 році, коли урядом був розроблений проект відповідної постанови. Але дана постанова не була затверджена урядом. Тому даний вид страхування, на даний момент, може існувати лише в добровільній формі.

Але незважаючи на свою привабливість, як для медиків (бо відбувається переключення їх майнових витрат на страховика) так і для медичних закладів (оскільки останні несуть відповідальність за шкоду завдану працівниками, а регрес не завжди може повністю відшкодувати витрати закладу) даний вид страхування є мало поширеним не тільки серед медичних працівників державного й комунального сектору, але й серед приватних медичних працівників. Якщо з першими все більш-менш зрозуміло – основною причиною тут є низький рівень їх доходу (в плані самостійного страхування) та тимчасова неможливість їхнього страхування роботодавцем (державою). То відповідь на питання: «чому страхування професійної відповідаль-

ності приватних медичних працівників є так мало поширеним?», лежить глибше. По-перше, страхування професійної відповідальності потягне збільшення вартості медичних послуг для пацієнтів, що може негативно вплинути на рівень попиту та доступності медичної допомоги. Наприклад вартість медичних послуг для пацієнтів США стала майже «безцінною» з огляду на страхові тарифи, та бажання пацієнтів які знають, що їх лікарі застраховані, оспорювати якість медичних послуг. По-друге, податкове законодавство не стимулює підприємства, у нашому випадку приватні медичні заклади, (які відшкодовують шкоду, завдану їхніми працівниками і лише після цього можуть застосувати регрес) до запровадження даного виду страхування. Проблема полягає в тому, що згідно з пп. 140.1.6 п. 140.1 ст. 140 Податкового кодексу до складу витрат платника податку на прибуток підприємств включаються будь-які витрати із страхування інших ризиків (тобто крім прямо передбачених цим пунктом) пов'язаних із провадженням ним господарської діяльності, за винятком страхування життя, здоров'я або інших ризиків, пов'язаних з діяльністю фізичних осіб, що перебувають у трудових відносинах з платником податку, обов'язковість якого не передбачена законодавством. Хоча страхування професійної відповідальності передбачено Законом України «Про страхування» як обов'язкове, для податкового обліку воно матиме значення лише в тому випадку коли уряд розробить відповідні порядки (механізми) застосування такого обов'язкового виду страхування.

Якщо перша перепона на шляху до поширення страхування професійної відповідальності медичних працівників (підвищення вартості медичних послуг) є об'єктивною і її ні як не уникнути. То другу проблему можна вирішити. Страховики почали пропонувати новий продукт, а саме – страхування професійної відповідальності не медичних працівників, а медичних закладів за якість наданих медичних послуг. Такий вид страхування є добровільним і передбачений п.15 ст.6. Закону України «Про страхування» (страхування відповідальності перед третіми особами). А такий страховий продукт цілком підпадає, в контексті положень Податкового кодексу, під «інші ризики платника податку пов'язані із провадженням ним господарської діяльності» і не стосується безпосередньо працівників. Ця позиція, що дуже важливо, визнана податковими органами. Чому ж самі працівники приватних медичних закладів, які мають гідну заробітну плату, не активно користуються послугами страховика достовірно не відомо. Можливо через не обізнаність, а можливо через упевненість в тому, що їх вину буде важко довести. Однак в плані реформ, які назрівають в сфері медицини, зокрема і в сфері контролю за якістю медичної допомоги, така необізнаність або ж самовпевненість може дорого коштувати.

Тому вважаємо за необхідне, в найближчому майбутньому, проведення відповідними органами центральної виконавчої влади роз'яснювальної роботи серед медичних закладів та самих медичних працівників з тим щоб активізувати їх участь у страхуванні своєї професійної відповідальності. А в подальшому зробити даний вид страхування обов'язковим і не лише для приватних суб'єктів господарювання. Оскільки цей інструмент дозволяє швидко і цивілізовано врегулювати конфліктну ситуацію між пацієнтом та медичним закладом або медичним працівником.

*Дерикаптан С.Я.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІДНОСИН РЕПРОДУКТИВНОГО КЛОНУВАННЯ

Історія розвитку концепції прав людини переконливо доводить, що поява кожного нового покоління прав людини обумовлена докорінними змінами в суспільстві, зміною світоглядної парадигми. З одного боку, розвиток науки та техніки сприяє поліпшенню якості життя, створенню нових робочих місць, проте з іншого – досягнення медицини, генетики, біології, біоінженерії, хімії модифікували суспільство. Особливо ясно це можна прослідкувати на прикладі дисгармонії співіснування деяких відкриттів в науці та відсутності їх правового забезпечення. Серед таких прикладів можна навести останні відкриття в галузі генної інженерії (використання допоміжних репродуктивних технологій, отримання та використання стовбурових клітин людини, клонування людини, тощо) та відставання відповідного юридичного забезпечення в цій сфері.

Європейські інститути були першими, хто почав на міжнародному рівні регулювати ці питання. Так, Рада Європи прийняла Додатковий протокол про заборону клонування людини 1998 року до Конвенції Ради Європи про права людини в біомедицині 1997 року (далі – Конвенція). У ст. 1 цього додатку до Конвенції сформувався принцип, спрямований на захист гідності та індивідуальності кожної людської істоти: «Забороняється будь-яке втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людській істоті, живій або померлій».

ООН також зайнялася правовим регулюванням такого суперечливого явища, як клонування. 11 листопада 1997 року орган ООН ЮНЕСКО прийняв Декларацію про геном людини та права людини, яку ООН погодила, прийнявши резолюцію № 53/152 від 9 грудня 1998 року. Стаття 11 розкриває сутність цієї декларації: «Не допускається практика, що протирічить людській гідності, така, як практика клонування в цілях відтворення людської особи». 08 березня 2005 року Генеральна Асамблея ООН приймає Декларацію ООН про клонування людини резолюцією № 59/280 [2, с. 105].

Що стосується правового регулювання питання клонування на національному рівні, то в 2004 році було прийнято Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини». Прийняття даного нормативно – правового акту, стало можливістю заявити міжнародній спільноті про виконання зобов'язання щодо забезпечення правового врегулювання клонування на своїй території. З іншого боку, цей закон став «мертвонародженням» і в дійсності ніякого правового регулювання не забезпечив. Закон складається усього з п'яти статей, які містять два заборонних імператива: щодо репродуктивного клонування людини та щодо ввозу та вивозу клонованих ембріонів людини. Так, стаття 2 Закону визначає, що клонування людини – створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у запліднену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини. Тобто, при формуванні даного терміну, законодавець визначив тільки один спосіб проведення клонування – методом заміни ядра. Відповідно виникає небезпека тлумачення цього закону звужено, буквально: заборонено клонувати людину методом заміни ядра, проте дозволено клонувати людини іншими методами [2, с. 107].

Іншим, і мабуть найбільшим недоліком правового регулювання заборони репродуктивного клонування людини, є відповідальність за порушення Закону. Відповідно до статті 4 вищезазначеного закону: «Особи, винні у порушенні цього Закону, несуть цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність відповідно до законів України». Проте жодний, з відповідних кодексів, не містить норм, що передбачають відповідальність за порушення в сфері клонування людини.

Якщо провести порівняння з іншими країнами, то можна побачити, що Україна вважається дуже відсталою у цьому питанні. Оскільки, в Іспанії, Колумбії, Мексиці, Молдові, Румунії, Словаччині, Словенії і т.д. дані склади злочинів включені у кримінальні кодекси. Для прикладу, згідно зі ст.ст. 159-162 КК Іспанії злочинними діяннями визнаються генетичні маніпуляції, а саме: маніпуляції людськими генами з метою, відмінною від лікування серйозних захворювань, що призводить до зміни генотипу; запліднення людської яйцеклітини з метою, відмінної від створення людини, і створення людських істот шляхом клонування чи інших дій, спрямованих на селекцію раси. У деяких країнах (Бразилія, Німеччина, Великобританія, Японія) кримінальна відповідальність за клонування взагалі встановлена спеціальними законами [1, с.35]. Тому, зважаючи на те, що Україна є країною яка прагне долучитися до Європейської спільноти, на мою думку, необхідно привести національне законодавство у відповідність міжнародно-правовим стандартам, а саме, криміналізувати в Україні дії, пов'язані із генетичними маніпуляціями, передусім репродуктивним клонуванням, спрямованим на відтворення людської істоти.

Отже, як бачимо, закріплення заборони репродуктивного клонування людини на законодавчому рівні не є достатнім кроком для вирішення цього питання. Аби механізм діяв необхідно його вдосконалити. Це можливо зробити, лише за допомогою внесення відповідних змін у національне законодавство, а саме надати терміну «репродуктивне клонування» законодавчого закріплення. Для цього необхідно або термін «класифікація» замінити на «репродуктивне клонування», із зазначенням у ньому всіх відомих сучасній науці методів клонування, або доповнити перелік термінів новим. Також, необхідно змінити цивільне, адміністративне та кримінальне законодавство, шляхом доповнення нормативно – правових актів нормами із складами правопорушення, що характеризується як клонування людини, та визначити міру покарання за даний вид правопорушення.

Література:

1. Вереша Р. В. Кримінальна відповідальність медичних працівників за законодавством зарубіжних держав / Р. В. Вереша // Вісник Академії адвокатури України. – 2013. – № 3 (28). – С. 34-39.

2. Триньова Я.О. Закон України «Про заборону репродуктивного клонування»: постатейний аналіз / Я.О. Триньова // Право і суспільство. – 2013. – №6-2. – с. 105-109.

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

*Деркач А.О.,
студент 3 курсу
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

СПІВВІДНОШЕННЯ НЕУСТОЙКИ ЯК ВИДУ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У ЦИВІЛЬНОМУ ТА ГОСПОДАРЬСЬКОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ

В сучасних умовах докорінної реконструкції економіки, актуальності набирає питання співвідношення неустойки у цивільному та господарському законодавстві. Учасники цивільного і торгового обороту зацікавлені у використанні різноманітного роду гарантій виконання зобов'язань, значення яких непомірно зростає. Виконання цивільно-правових обов'язків – це та договірна дисципліна, яка необхідна не лише для економіки, а й для суспільства в цілому. Власне за допомогою їх виконання створюється атмосфера поваги до вимог законодавства, прав та інтересів громадян, організацій. Неустойка є одним із найпоширеніших способів забезпечення виконання зобов'язань і її функціональне призначення важко переоцінити [4, С.196].

Дослідженням вище наведеного питання займався ряд таких науковців: Боброва Д.В., Борисова В.І., Брагінський М. І. Братусь С. М., Вінавер О. М., Грибанов О. В., Дзера О. В., Калмикова Ю. Х., омаров О. С., Луць В. В., Ткачук А. Л., Хвостова В. М., Церковна О. В., Шершневич Г. Ф.

Співвідношення неустойки також роз'яснюється у Інформаційних листах ВГСУ та ВССУ «Про деякі питання практики застосування норм Цивільного та Господарського кодексів України» від 07.04.2008 N 01-8/211.

Неустойкою (штрафом, пенею) визнається визначена законом або договором грошова сума, яку боржник повинен сплатити кредиторіві в разі невиконання або неналежного виконання зобов'язання, зокрема в разі прострочення виконання. Вдалою є ідея Г.Ф. Шершеневича, що: “Неустойка має подвійне значення, оскільки вона є не лише способом забезпечення зобов'язання, а й засобом розкриття розміру винагороди за відступ від зобов'язання. Неустойка має на увазі: спонукати боржника до реалізації зобов'язання, та встановити попередньо розмір спричиненої невиконанням шкоди, особливо коли є ускладнення при доведенні її величини (відшкодування збитків).

Із вищезазначеного випливає, що неустойка має подвійні наслідки: або обтяжує зобов'язальне відношення, так як не звільняє боржника від основного обов'язку, або ж змінює первинне зобов'язальне відношення, змінюючи його у нове, відповідно до якого боржник може або виконати встановлену дію чи заплатити чітку суму грошей. Цивільний кодекс України визначає штраф і пеню як види неустойки. Одночасно Господарський кодекс зазначає таке поняття як штрафні санкції. До них відносять господарські санкції у виді грошової суми, котру учасник господарських відносин повинен виплатити за недотримання ним правил щодо реалізації господарської діяльності, невиконання або неналежного виконання господарського зобов'язання. При цьому Господарський кодекс виділяє такі види штрафних санкцій як неустойка, штраф, пеня. У такому підході Господарського кодексу до класифікації штрафних санкцій є певні недоліки. Так, визначення видів штрафних санкцій Господарський кодекс не містить. Відсутнє і чітке відмежування їх одна від одної. Є лише вказівка, що розмір штрафних санкцій може бути визначений договором [1,С.117]. Виходячи з вищезазначеного, слід зауважити, що Цивільний кодекс України визначає штраф і

пеню як види неустойки, тоді як Господарський кодекс визначає неустойку, штраф і пеню як окремі самостійні види санкцій.

Окреме питання, чи можливо взагалі застосовувати визначення штрафу та пені, наведені в ЦК України у господарських правовідносинах. Господарський кодекс оперує даними поняттями, але визначення їм не дає. Так, Господарський кодекс України передбачає, що розмір санкцій може бути встановлений у процентному відношенні до суми невиконаної частини зобов'язання в певній визначеній сумі або в процентному відношенні до суми зобов'язання незалежно від ступеня його виконання [3, С.127]. Разом із тим ст. 549 Цивільного кодексу України при визначенні терміна «штраф» використовує поняття невиконаного чи неналежним чином виконаного зобов'язання, а при визначенні «пені» – поняття несвоєчасно виконаного зобов'язання. Тобто штраф і пеня, згідно з Цивільним кодексом не передбачають можливості стягнення неустойки від усієї суми зобов'язання, натомість визначають її лише у відсотковому відношенні від невиконаного, виконаного неналежним чином чи несвоєчасно виконаного зобов'язання [2, С.138].

Відповідно до Цивільного Кодексу, неустойкою (штрафом, пенею) може фігурувати й інше майно, тоді як в Господарському кодексі неустойка зазначається виключно як штрафні санкції у вигляді певної грошової суми. Також потрібно дослідити питання про строки нарахування штрафних санкцій (неустойки). Цивільним кодексом не передбачено ніяких обмежень щодо строків які обмежували б її нарахування. Але саме в Господарському кодексі ж безпосередньо зазначається, що нарахування штрафних санкцій за прострочення виконання зобов'язання припиняється, за умови якщо не встановлено договором або законом, через шість місяців з моменту, коли зобов'язання повинно було бути виконаним.

Таким чином співвідношення неустойки в цивільному та господарському законодавстві дещо різниться, а саме: норми Господарського кодексу визначають відшкодування збитків в частині, не покритій штрафними санкціями (залікова неустойка) і виключно в грошовій сумі, тоді як у Цивільному кодексі неустойка підлягає стягненню у повному розмірі, незалежно від відшкодування збитків (штрафна неустойка) і може фігурувати у формі іншого майна. На мою думку, упущені прогалини можна заповнити шляхом застосування до не чітко визначених положень Господарського кодексу, положень про неустойку, що містяться в Цивільному кодексі України.

Література:

1. Господарський Кодекс України від 30.09.15 //Відомості Верховної Ради України 2003. – №18, 19-20, №21-22. – С.216.
2. Легка І. Питання співвідношення положень ГК України та ЦК України про стягнення неустойки (штрафних санкцій) / І.Легка // Юридичний журнал. – 2004.- №8(26).- С.80-82.
3. Цивільний Кодекс України від 30.09.2015//Відомості Верховної Ради України. – 2003.- №№ 40-44.- С. 356.
4. Цивільне право України: Підручник: У 2-х кн. / Ц58 Д.В. Боброва, О.В. Дзера, А.С. Довгерт та ін.; За ред. О.В. Дзери, Н.С. Кузнецової. – К.: Юрінком Інтер, 1999. – 864 с.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Дедух І.В.,
студент 34 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРЕЗУМПЦІЯ ЗГОДИ ДОНОРА: ЗНАЧЕННЯ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

В кінці ХХ сторіччя та на початку ХХІ відбувся досить стрімкий розвиток в медичній діяльності, а саме досить активно почалось вивчення трансплантології в науковому сенсі. З виникненням науки транспантології постає чимало питань як правового так і біологічного значення. Враховуючи те, що як і донор так і особа яка потребує пересадки певного органу мають рівні права на життя, тому виникає необхідність в удосконаленні правової бази трансплантології.

Метою цієї роботи є дослідження проблемних питань щодо надання згоди донора на використання органів чи тканин після його смерті.

Проблемами правового регулювання відносин трансплантації займалися українські вчені Волкова О., Шаповал Л., Крисько З., Авдєєв М., Горелик М. Красиков О., Суховерхий В., Красавчикова Л., Малєїн М. Малєїна М., О. Тихомиров О., Красовський Г.

Згідно до чинного законодавства України порядок трансплантації як лікування передбачений Законом України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» й іншими нормативними актами виданими Міністерством охорони здоров'я України. При недотриманні особою, що здійснювала пересадку тканин або органів, вказаних нормативних актів, трансплантація буде вважатися кримінальним діянням, за яке особа, що вчинила дане діяння несе відповідальність передбачену Кримінальним кодексом України (ч. 1 ст. 143 КК України) [1].

При вилученні у померлих осіб органів чи тканин, виникає питання про право особи на дозвіл розпоряджатись власними органами та тілом після її смерті. Наразі виникли дві юридичні моделі правомірності вилучення органів у померлих людей для трансплантації, це презумпція згоди на вилучення органів та презумпція незгоди на таке вилучення. Щодо першої презумпції, то вона полягає в наданні згоди більшої частини суспільства на забір органів після їх смерті, однак, якщо людина категорично відмовляється, вона може написати відповідну відмову. Інша презумпція незгоди – це незгода за життя на надання органів для трансплантації. Можна зазначити, що презумпція на даний час згоди діє у Португалії, Фінляндії, Австрії, Іспанії, Швеції, Італії, Бельгії, Греції, Франції. Щодо презумпції незгоди, то вона поширена серед таких країн як США, Великобританія, Латинська Америка, Ірландії, та Данії [5]. Щодо України, то в нас діє презумпція «незгоди». Статтею 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» визначені умови отримання згоди донора на вилучення анатомічного матеріалу після його смерті. Даний Закон автоматично виключає з можливого числа потенційних донорів осіб, що не мають родичів та невстановлених осіб, а якщо особа можливого донора відома, то відбувається пошук її родичів для отримання дозволу на проведення трансплантації, що в свою чергу може займати досить довгий час. Також потрібно враховувати, що на даний час, родичі померлих не завжди можуть дати згоду на вилучення анатомічного матеріалу. Це можливо пояснити тим, що за часту до родичів з такими питаннями звертаються у моменти коли їх психоемоційний стан є досить важким щоб давати об'єктивні відповіді та дозволи [3]. Крім того, враховуючи, що інформаційно населення не підготовлене у питанні трансплантології, тому майже завжди згоду потрібно брати у родичів, оскільки за життя особа не знала про

надані їй права передбачені положеннями ст. 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині».

Модель «презумпції незгоди», і нажаль на сьогоднішній день, негативне відношення громадян України до можливого донорства створюють досить високий дефіцит органів, що призводить українську трансплантацію до неможливості практичного втілення [5]. При тому, що в Україні діє сім трансплантаційних центрів, які оснащені сучасним обладнанням, та мають фахівців досить високого рівня, однак потенціал цих центрів майже не використовується. Дані центри можуть здійснювати до 50% необхідного обсягу оперативних втручань. Основною проблемою є трупна трансплантація на території України, яка не розвинена. За останні роки, якщо й і є можливість та матеріал для проведення трансплантації, то в основному проводиться так звана родина трансплантація, яка полягає в тому, що близькі родичі, що віддають своїм рідним нирку або частину печінки. Аналізуючи вказану ситуацію В. Ф. Саєнко і А. А. Костенко запропонували змінити положення ст. 16 Закону «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» та на противагу даним нормам запровадити в Україні «презумпцію згоди». Науковці вважають, що цю норму права потрібно викласти в такій редакції: «Кожна дієздатна повнолітня особа може заявити про незгоду щодо можливості в майбутньому після своєї смерті стати донором органів чи тканин. Дана заява має подаватися до найближчої медичної установи чи організації у письмовій формі та на протязі одного місяця передаватися в Координаційний центр трансплантації органів і кліток МОЗ України, де повинна заноситись до реєстру. Якщо у реєстрі відсутні відомості про відмову особи від донорства на момент смерті, її анатомічні матеріали без згоди рідних можуть бути взяті для трансплантації. А у випадку, коли померлу особу не встановлено, рішення щодо вилучення у неї органів чи тканин для трансплантації має приймати консилиум лікарів» [2]. Висунута також і пропозиція МОЗ України щодо введення «презумпції згоди» на вилучення внутрішніх органів після смерті людини [4]. Також потрібно мати на увазі, що Україною було підписано Міжнародну конвенцію про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин. Дана конвенція закріплює можливість на отримання згоди та забороняє забір органів, якщо померлий заперечував проти цього.

На мою думку відповідні зміни до законодавства мають позитивно вплинути на сам розвиток трансплантології в нашій державі. Але необхідно інформаційно працювати з людьми, населенням та змінювати їх ставлення до даного питання.

Література:

1. Закон України від 16.07.1999 № 1007-XIV «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, № 41, ст. 377.
2. Гущесова Т. Г. Кримінально-правові проблеми трансплантації органів і тканин людини // Трансплантологія. 2004. Т. 7, № 3. С. 52-57.
3. Шаповал Л. Згода донора на вилучення анатомічного матеріалу після смерті (значення та проблемні питання) // Підприємництво, господарство і право. – 2009. № 10. – С. 90-92.
4. Пипченко Б.Ю. Дискусійні аспекти надання згоди на донорство органів та тканин для трансплантації. – Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспек-

тиви вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково_практичної конференції 17–18.04.2008, м. Львів. – с.234-239.

5. Мусієнко А. Трансплантація органів та тканин // Прокуратура. Людина. Дер- жава. – 2004. –№ 5. – С. 84–89.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Дзюбенко В.О.,

студент 4 курсу

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ СТАНОВИЩЕ АГРАРНОГО ФОНДУ УКРАЇНИ

Наразі аграрний сектор України перебуває в процесі реформування, одним із напрямів якого є формування ринку сільськогосподарської продукції, зокрема шля- хом створення Аграрного фонду. Тому питання правового становища зазначеного суб'єкта аграрних правовідносин є доволі актуальним.

Досліджуваному питанню присвячені праці таких провідних науковців як Ку- дріна Ю. І., Покальчук М. Ю., Бокій О. В. та інші.

Нормативним підґрунтям створення Аграрного фонду стали Закон України «Про державну підтримку сільського господарства України» від 24.06.2004 № 1877- IV та постанова Кабінету Міністрів України «Про Аграрний фонд» від 6 липня 2005 р. № 543. Відповідно до вищезазначених актів Аграрний фонд є державною спеціалізованою бюджетною установою, уповноваженою реалізувати цінову полі- тики в агропромисловому секторі економіки [1], [2].

Основними завданнями Аграрного фонду відповідно до п. 6 положення «Про аграрний фонд», затвердженого постановою КМУ від 6 липня 2005 р. № 543 є:

- проведення цінової політики в агропромисловому секторі економіки у межах, визначеним законом;
- виконання від імені держави функції кредитора на період дії режиму за- ставних закупівель окремих об'єктів державного цінового регулювання;
- виконання бюджетних програм, визначених законом про Державний бю- джет України на відповідний рік;
- формування державного інтервенційного фонду об'єктів державного ціно- вого регулювання виключно для здійснення товарних та фінансових інтервенцій на організованому аграрному ринку [2].

Таким чином Аграрний фонд виступав одним із головних механізмів держа- ви у регулюванні цінової політики в аграрному секторі, в основному шляхом здій- снення державних аграрних інтервенцій. Однак, у 2013 році постановою Кабінету Міністрів України від 22.04.2013 р. № 364 було створено публічне акціонерне то- вариство «Аграрний фонд» [3], що внесло певні непорозуміння у функціонування агропромислового комплексу.

Згідно Статуту публічного акціонерного товариства «Аграрний фонд» (далі – Статут), затвердженого постановою КМУ від 24.07.2013 р. № 698 метою діяльнос- ті ПАТ «Аграрний фонд» є створення сприятливих умов для розвитку сільського господарства, функціонування ринку сільськогосподарської продукції, підтримки вітчизняного сільськогосподарського товаровиробника, а також одержання при- бутку від провадження господарської діяльності відповідно до законодавства [4]. Однак, у Статуті не йдеться про можливість здійснення впливу на ціноутворення сільськогосподарської продукції шляхом прийняття державних аграрних інтервен-

цій (товарних, фінансових). Тому ПАТ «Аграрний фонд» може впливати на рівень цін сільськогосподарської продукції на організованому аграрному ринку лише за рахунок власно виробленої сільськогосподарської продукції, надання власних послуг з матеріального та економічного забезпечення інших сільськогосподарських товаровиробників на засадах економічної конкуренції [5, с. 99-100].

Крім того, 27 січня 2014 р. відповідно до наказу Мінагрополітики № 44 було створено дочірнє підприємство ПАТ «Аграрного фонду» «Агрофонд-зерно», що спеціалізується на виробництві борошномельної та круп'яної продукції, оптової торгівлі зерном, насінням та кормами для тварин, складським господарством, вирощуванням зернових та олійних культур, а також наданням посередницьких послуг в торгівлі сільгоспсировиною, живими тваринами та наданням послуг з перевезення. Також 13 лютого 2014 р. наказом Мінагрополітики № 73 на базі новоствореного Аграрного фонду прийнято рішення про створення ще одного дочірнього підприємства «Агрофінфонд», метою заснування якого є надання сільськогосподарським товаровиробникам фінансових послуг, зокрема лізингових, а також керівництво фондами.

Таким чином, фактично зараз паралельно діють два Аграрних фонди з різною організаційно-правовою формою.

Щодо їх функціонування в майбутньому, то остаточно доля обох фондів не визначена. Так, у 2013 році колишній міністр аграрної політики та продовольства України Микола Присяжнюк зазначав, що ДСБУ Аграрний фонд має бути згодом повністю реорганізовано в ПАТ, і останньому перейдуть усі функції [6, с. 3].

Крім того, Прес-служба Мінагрополітики у своєму повідомленні на офіційному сайті Мінагрополітики зазначає, що «ревізія діяльності установи (ДСБУ «Аграрний фонд») в період 2013 – 2014 років та I кварталі 2015 року підтвердила, що з початку свого існування ДСБУ «Аграрний фонд» не провела жодної товарної чи фінансової інтервенції. Декілька відповідних операцій були здійсненні лише упродовж останніх двох років, переважна більшість з них – з порушенням законодавства. З огляду на наявність системних недоліків Держфінінспекція пропонує ліквідувати ДСБУ «Аграрний фонд», передавши його функції ПАТ «Аграрний фонд» [7].

Однак, на мою думку, ПАТ не зможе повною мірою виконати функцію регулювання ціноутворення, оскільки воно саме є сільськогосподарським товаровиробником і буде не в змозі об'єктивно здійснювати регуляторну політику.

Отже, наразі в Україні функціонують ДСБУ «Аграрний фонд» та ПАТ «Аграрний фонд». На нашу думку, з метою вдосконалення державного регулювання законодавцю слід уточнити правове становище відповідних фондів шляхом більш конкретного розмежування їх функцій та повноважень.

Література:

1. Про державну підтримку сільського господарства України: Закон України від 24.06.2004 № 1877-IV в ред. від 05.04.2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1877-15/print1444462081310131>
2. Про Аграрний фонд: Постанова Кабінету Міністрів України від 06.07.2005 р. № 543 в ред. від 16.05.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/543-2005-%D0%BF>
3. Про утворення публічного акціонерного товариства «Аграрний фонд»: Постанова Кабінету Міністрів України від 22.04.2013 р. № 364 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/364-2013-%D0%BF>

4. Про затвердження Статуту публічного акціонерного товариства «Аграрний фонд»: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 698 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/698-2013-%D0%BF>

5. Покальчук М. Ю. Правове становище Аграрного фонду / М. Ю. Покальчук // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. – 2014. – Вип. 197. – Ч. 1. – С. 97-102.

6. «Микола Присяжнюк: «Головне в держбюджеті-2014 – зберегти пільги для аграріїв»» : [інтерв'ю з міністром аграрної політики і продовольства Миколою Присяжнюком / записав кореспондент агенції «Інтерфакс – Україна»] // Агрофорум. – 2013. – № 11 (21). – С. 3.

7. Мінагрополітики: Через нестачі та порушення Держфініспекція пропонує ліквідувати ДСБУ «Аграрний фонд» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://minagro.gov.ua/node/17883>

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

Дзюбенко В.О.,

студент 4 курсу

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ

Розширення масштабів науково-технічного прогресу призводить до погіршення стану атмосферного повітря, що у свою чергу, набуває загрозливого характеру для здоров'я людини.

Відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 1 ЗУ «Про охорону атмосферного повітря»: атмосферне повітря – це життєво важливий компонент навколишнього природного середовища, який являє собою природну суміш газів, що знаходиться за межами жилих, виробничих та інших приміщень.

За даними Державної служби статистики України викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами забруднення у 2014 році становлять 3036,5 тис. т [1, с. 212]. Якщо аналізувати попередні роки, то з 2009 по 2012 рр. рівень викидів постійно зростав, лише в 2013 та 2014 рр. кількість забруднюючих речовин зменшилась [1, с. 213]. Однак відповідне зменшення пов'язане не з покращенням очисних споруд, а з складною політичною ситуацією і як наслідок зменшення обсягів промислового виробництва в тих регіонах країни, які найбільше забруднюють атмосферне повітря. Крім того, за даними мережі спостережень Національної Гідрометслужби України [2]: загальний рівень забруднення атмосферного повітря в Україні (за ІЗА) становив у 2014 р. 7,1 і оцінювався, як високий. З 47 міст України, де проводились регулярні спостереження, у 22 містах спостерігалось перевищення загальнодопустимих норм.

Загалом же в Україні відбувається постійне збільшення обсягів викидів не за рахунок збільшення кількості шкідливих виробництв (навіпаки – вони працюють не на повну потужність, а лише на 25-30 %), а тому, що нові власники, які сьогодні заволоділи цими підприємствами, не вкладають кошти у відновлювальні роботи, не вкладають кошти для системи захисту, для облаштування свого виробництва, установки різних фільтрів [3].

Зважаючи на вищезазначену інформацію, питання охорони атмосферного повітря є важливим і актуальним.

Згідно п. 2 ч. 1 ст. 1 ЗУ «Про охорону атмосферного повітря»: охорона атмосферного повітря – це система заходів, пов’язаних із збереженням, поліпшенням та відновленням стану атмосферного повітря, запобіганням та зниженням рівня його забруднення та впливу на нього хімічних сполук, фізичних та біологічних факторів.

У науковій літературі заходи, які впроваджує держава для підтримання належної якості атмосферного повітря, систематизують у певні групи. Наприклад, Зуєв В. А. виділяє дозвільно-регуляторні, попереджувальні, організаційно-технічні, організаційно-економічні заходи [4, с. 286]. Однак, найбільш вдалим є поділ Кобецької Н. Р., яка залежно від характеру та змісту державно-правових заходів охорони виділяє наступні групи [5, с. 271]:

– *Регулятивні заходи.* До них належить: стандартизація, нормування, встановлення вимог, правил здійснення викидів у атмосферне повітря тощо;

– *Організаційно-попереджувальні заходи.* Ця група заходів є доволі численною. Вона спрямована на попередження надмірного забруднення атмосфери. До цих заходів належать: державна екологічна та санітарно-гігієнічна експертиза, моніторинг, державний облік, встановлення санітарно-захисних зон та ін.;

– *Обмежувальні заходи.* Вони полягають у встановленні дозвільної системи здійснення викидів шкідливих речовин чи інших негативних впливів на атмосферне повітря та іншої діяльності, пов’язаної з впливом на атмосферне повітря [5, с. 274]. Наприклад, до відповідних заходів відноситься видача дозволу на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами. Це питання регулюється ст. 11 ЗУ «Про охорону атмосферного повітря», постановою КМУ від 13 березня 2002 р. № 302 «Про затвердження Порядку проведення та оплати робіт, пов’язаних з видачею дозволів на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами, обліку підприємств, установ, організацій та громадян-підприємців, які отримали такі дозволи»;

– *Організаційно-економічні заходи.* Вони передбачені ст. 22 ЗУ «Про охорону атмосферного повітря». До них належать надання підприємствам, установам, організаціям і громадянам податкових, кредитних та інших пільг при впровадженні ними маловідходних, безвідходних, енерго- і ресурсозберігаючих технологій, здійсненні інших природоохоронних заходів відповідно до законодавства, фінансування державою екологічних заходів і будівництва об’єктів екологічного призначення, відшкодування збитків, заподіяних внаслідок порушення законодавства про охорону атмосферного повітря. Також до цієї групи відноситься встановлення екологічного податку, що справляється з фактичних обсягів викидів у атмосферне повітря забруднюючих речовин (абз. 57 ч. 1 ст. 14 Податкового кодексу України від 02.12.2010 № 2755-VI);

– *Контрольно-наглядові заходи.* Відповідно до ст. 27 ЗУ «Про охорону атмосферного повітря»: контроль здійснюється з метою забезпечення дотримання вимог законодавства про охорону атмосферного повітря місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, посадовими особами цих органів, а також підприємствами, установами, організаціями та громадянами. Таким чином можна виділити три види контролю: державний, виробничий, громадський;

– *Охоронно-відновлювальні заходи.* Наприклад, до таких заходів належить обмеження, тимчасова заборона (зупинення) або припинення господарської чи інших видів діяльності, пов’язаних з порушенням умов і вимог до викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря і рівнів впливу фізичних та біологічних фак-

торів на його стан, передбачених дозволами (ст. 12 ЗУ «Про охорону атмосферного повітря»).

Однак, попри таке широке коло заходів не відбувається фактичного забезпечення встановлених норм з якості атмосферного повітря. Це пояснюється, насамперед, відсутністю належного виконання цих заходів, постійним зменшенням державного фінансування зі здійснення природоохоронних дій. Тому важливим завданням є покращення механізму реалізації заходів охорони атмосферного повітря.

Література:

1. Україна у цифрах 2014: [Статистичний збірник] / За ред. І. М. Жук. – К.: Державна служба статистики України, 2015. – 239 с.

2. Огляд про стан забруднення навколишнього природного середовища на території України за даними спостережень гідрометеорологічних організацій у 2014 році // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.cgo.kiev.ua/index.php?fn=u_zabrud&f=ukraine&p=1

3. Трегубенко Г. П. Проблемні аспекти охорони атмосферного повітря в Україні // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rusnauka.com/14_ENXXI_2009/Pravo/45829.doc.htm

4. Екологічне право України. Особлива частина [текст]: навч. посіб. / О. М. Шуміло (кер. авт. кол.), В. А. Зуєв, І. В. Бригадир та ін. – К.: Центр учбової літератури, 2013. – 432 с.

5. Екологічне право України: навч. посіб. / Н.Р.Кобецька. – 2/ге вид., перероб. і допов. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – 352 с.

Науковий керівник – к. ю. н., доц. Троцька М.В.

Дмітрієвич Д.І.,

студент 46 групи

ІЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У зв'язку із збільшенням техногенних катастроф, конфліктів, терористичних актів на території нашої держави зростає роль та необхідність дослідження питань пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

Як відзначає С. О. Гур'єв, в Україні щороку понад 15 млн громадян потребують екстреної медичної допомоги з різних причин. При цьому протягом останніх 3 років не зменшується кількість виїздів, виконаних бригадами швидкої медичної допомоги. Вона складає понад 13 млн (97,8% від усіх звернень) [1, с. 7].

Відповідно до ст. 3 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу [2, ст. 3].

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. У свою чергу під системою екстреної медичної допомоги слід розуміти сукупність закладів охорони здоров'я та їх структурних одиниць, які забезпечують організацію та надання екстреної медичної

допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків [2, п. 5,10 ст. 1].

Основними принципами функціонування системи екстреної медичної допомоги є: постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги; оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги; доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність; послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам; регіональна екстериторіальність [2, ч. 4 ст. 5].

Надання екстреної медичної допомоги постраждалим від наслідків надзвичайних ситуацій покладено на Державну службу медицини катастроф України, основною задачею якої є надання громадянам в екстремальних ситуаціях (стихийне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне і хімічне забруднення та інше) безоплатної медичної допомоги [3, с. 116].

До складу Державної служби медичних катастроф входять медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої належності. У свою чергу, до медичних сил, засобів та лікувально-профілактичних закладів Служби належать: Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який є головним науково-практичним закладом Служби; територіальні центри екстреної медичної допомоги; науково-дослідні медичні установи; лікувально-профілактичні заклади, які утворюють і утримують медичні формування та розгортають додатковий ліжковий фонд для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. [4, п. 6, 7].

Щодо міжнародного досвіду надання екстреної медичної допомоги в умовах надзвичайної ситуації, то як відзначає С. О. Гур'єв, у світі співіснують два підходи до розбудови системи екстреної медичної допомоги – так звані англо-американська та франко-німецька. До основи англо-американської системи розбудови системи екстреної медичної допомоги покладено принцип доставки пацієнта до лікувального закладу. До основи франко-німецької системи покладений так званий принцип «доставки» лікувального закладу до пацієнта, тобто у складі бригади швидкої медичної допомоги працює лікар [1, с. 7]. Досить цікавим є досвід Франції.

Основні постулати концепції надання медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій у Франції такі: 1. Держава бере на себе зобов'язання гарантувати право кожного постраждалого на порятунок і медичну допомогу за умов надзвичайних ситуацій; 2. Для надання медичної допомоги населенню Франції за умов надзвичайних ситуацій залучаються всі необхідні сили і засоби діючих у державі систем охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності; 3. Організація надання допомоги постраждалим унаслідок надзвичайних ситуацій потребує попереднього проведення заходів; 4. Враховуючи значну кількість учасників подолання наслідків надзвичайних ситуацій з різним рівнем підготовки та матеріальним забезпеченням, а також потреби цілеспрямованих оперативних дій усіх учасників за умов надзвичайних ситуацій, важливим завданням є своєчасне і детальне попереднє планування дій при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій; 6. Організація надання екстреної медичної допомоги постраждалим за умов надзвичайних ситуацій є багаторівневою системою, що складається з 6 рівнів: національний, зональний, регіональний, департамент, громади, об'єкт [1, с. 10].

Таким чином, питання надання екстреної медичної допомоги в умовах надзвичайної ситуації в Україні є нагальною проблемою на сьогодні, що потребує врегулювання з урахуванням міжнародного досвіду.

Література:

1. Гур'єв С. О. Аналіз досвіду функціонування служб екстреної медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій деяких європейських країн [Електронний ресурс] / С. О. Гур'єв, Р. А. Шевченко // Український журнал екстремальної медицини імені Г. О. Можаяєва. – 2011. – Т.12, № 3. – С. 7-13. – Режим доступу: <http://pdf.gov.ua/laws/show/5081-VI>.

2. Про екстрену медичну допомогу Верховна Рада України; Закон від 05.07.2012 № 5081-VI [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

3. Люлько О. М. Організація надання екстреної медичної допомоги на етапі реформування [Електронний ресурс] / О. М. Люлько, Г. В. Бондарчук, С. Б. Медушевський // Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне довілля; патологія. – 2013. – № 3. – С. 116-118. – Режим доступу: <http://pdf.gov.ua/laws/show/827-2001-%D0%BF>.

4. Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф Кабінет Міністрів України; Постанова, Положення від 11.07.2001 № 827 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/827-2001-%D0%BF>.

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

Долга Ю.І.,

студент 3 курсу

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я

Одним з найбільш актуальних питань у сучасному медичному праві, яке набуває значного розвитку останніми роками, є проблема забезпечення права особи на інформацію про стан свого здоров'я, оскільки реалізація цього права є запорукою повноцінного існування пацієнта та можливістю контролювати хід лікування і власне видужування. Така інформація повинна бути повною та зрозумілою, адже більшість пацієнтів не володіють спеціальними медичними знаннями.

Окремі аспекти права пацієнта на інформацію про стан здоров'я у своїх працях висвітлювали низка провідних науковців, зокрема, Г.С. Волкова, О.А. Грондо, Н.В. Ельштейн, О.В. Крилова, М.М. Малєїна, В.А. Ойзенгіхт, О.І. Осокіна, А.М.Савицька, В.А. Суховерхий, Р.О. Стефанчук, Й.А. Турак, С.С. Шевчук.

Під інформацією про стан здоров'я пацієнта розуміють повні, своєчасні та достовірні дані, що надаються в доступній для пацієнта формі, яка може бути усною та/або письмовою (безпосереднє ознайомлення з документами). Конституційний Суд України 30 жовтня 1997 р. № 5-зп/1997 (справа К.Г. Устименка) визначив, що медичною інформацією є свідчення про стан здоров'я людини, історія її хвороби, мета запропонованих досліджень та лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі про наявність ризику для життя та здоров'я [1].

Аспект медичного інформаційного права частково регулюється Цивільним кодексом України (далі – ЦК України). Так, збирання, зберігання, використання і поширення інформації про особисте життя фізичної особи без її згоди не допускаються, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки,

економічного добробуту та прав людини. Ст. 285 ЦК України містить норму, що повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються здоров'я. Водночас, якщо інформація про хворобу фізичної особи може погіршити стан її здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою даної статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити їх ознайомлення з окремими медичними документами [2]. У такому випадку лікар повинен проінформувати членів сім'ї або законного представника хворого, при цьому враховуючи особисті інтереси пацієнта. Так само медичний працівник має діяти, коли хворий перебуває в непритомному стані [3, с. 208]. Право лікаря обмежити, тобто надати неповну інформацію можна розглядати як з позитивної, так і з негативної точок зору (Наприклад, лікар обмежує інформацію з метою уникнути викликання додаткового стресу для хворого. Водночас, пацієнт може сподіватися на видужання та не встигнути завершити важливу для нього справу чи скласти заповіт тощо). У даному разі необхідно враховувати індивідуальні особливості ситуації [8].

Варто наголосити, що право на достовірну та повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я, згідно з ч.1 ст.285 ЦК України надається тільки повнолітній особі (на відміну від права на вибір лікаря та вибір методів лікування, для реалізації якого фізична особа, яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, повинна досягти чотирнадцятирічного віку). Право батьків (усиновлювачів), опікунів та піклувальників на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підліткового закріплюється додатково ч.2 ст.285 ЦК України.

У разі смерті фізичної особи члени її сім'ї чи інші фізичні особи, уповноважені ними, мають право бути присутніми під час дослідження причин її смерті та ознайомитися із висновками причин смерті, а також мають право на оскарження цих висновків до суду (ч.4 ст.285 ЦК України) [2].

Необхідно зазначити, що інформація про стан здоров'я надається фізичній особі-пацієнту лише за його вимогою. Вона не може надаватися особі, якщо це суперечить її волевиявленню. Інформація, представлена лікарем, повинна характеризуватися певними обов'язковими властивостями, тобто доступністю, достатністю, достовірністю [4].

Відповідно до Закону України «Про інформацію» всі громадяни України, юридичні особи і державні органи мають право на інформацію, що передбачає можливість вільного одержання, використання, поширення та зберігання відомостей, необхідних їм для реалізації своїх прав, свобод і законних інтересів, здійснення завдань і функцій. Кожному громадянину забезпечується вільний доступ до інформації, яка стосується його особисто, крім випадків, передбачених законами України [5].

Чинним цивільним законодавством України передбачено загальні правила і вимоги до інформування фізичних осіб про їхній стан здоров'я. У той же час, в законодавстві є низка нормативно-правових актів, предметом регулювання яких є специфічні відносини у сфері охорони здоров'я [9]. Наприклад, специфічним (за об'ємом, предметом, суб'єктами інформування та ін.) є процес інформування людей (фізичних осіб), що беруть участь у медико-біологічних експериментах. Серед необхідних умов проведення таких експериментів є попереднє повне інформування про майбутній експеримент його учасника. Так, фізичній особі, що є учасником

(об'єктом) експерименту, повинна бути надана вичерпна інформація про його цілі, методи, тривалість, очікуваний результат, побічні ефекти та інші можливі ризики. Учасник повинен підлягати інформуванню, як стверджує Малейна М.М., як перед початком експерименту, так і в період його проведення, якщо попередня інформація зазнала коректив. Учасник експерименту повинен бути також належним чином поінформованим про те, що він вправі відмовитися від участі у експерименті у будь-який момент як до початку експерименту, так і вимагати припинення його на будь-якій стадії[3].

Європейська хартія прав пацієнтів (2002 р.) в ст. 3 наголошує, що кожна особа має право на отримання повного обсягу інформації стосовно стану здоров'я, медичної допомоги, в тому числі медичного втручання, можливостей і умов використання результатів медичної допомоги та усіх доступних сучасних технологій. Окрім цього, кожен має право на конфіденційність особистої інформації, включаючи інформацію про стан здоров'я, медичний огляд або обстеження, їх результати, інтимну та сімейну сторони життя, а також право на захист приватності під час проходження діагностичних, лікувальних чи реабілітаційних процедур [6].

Аналізуючи медичне законодавство Сполучених Штатів Америки, зокрема, Правила конфіденційності HIPAA (федеральний закон, що обмежує доступ до приватної медичної інформації фізичних осіб 1996 року), можна зробити висновок, що медичні інформаційні права громадян цієї країни включають: право на доступ до інформації про своє здоров'я; право на облік та розкриття медичної інформації; право відкоригувати або внести зміни до інформації про своє здоров'я; право на політику конфіденційності; право подати скаргу (пацієнт може оскаржити неправомірні рішення та дії медичних працівників) [7].

Отже, право пацієнта на інформацію про стан свого здоров'я потребує більш детальної регламентації в чинному вітчизняному законодавстві та адаптації вже існуючих норм, що регулюють дане питання, до аналогічних норм міжнародного права.

Література:

1. Рішення Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 р. № 5-зп/1997– Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v005p710-97>.
2. Цивільний кодекс України : Закон України від 16 січня 2003 р. № 435-IV [Електронний ресурс]. – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
3. Інформаційне право: підручник / Б. А. Кормич; МОНМС України. – Х.: Бурун і К, 2011. – 333 с.
4. Шкльода Я. А. Окремі аспекти здійснення права фізичної особи, що страждає на психічний розлад, на інформацію про стан свого здоров'я [Електронний ресурс] / Я. А. Шкльода // Університетські наукові записки. – 2008. – № 4. – С. 195-198. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unzap_2008_4_39.pdf
5. Про інформацію : Закон України від 2 жовтня 1992 р. № 2657-XII – [Електронний ресурс] <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2657-12/ed20110113>
6. Європейська хартія прав пацієнтів. – [Електронний ресурс]. <http://ucdc.gov.ua/uploads/files/hartia.pdf>
7. Health insurance portability and accountability act of 1996 – [Електронний ресурс]. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/HIPAA-Administrative-Simplification/HIPAAInfo/downloads/hipaalaw.pdf>

8. Коротка Н. О. Право фізичної особи на інформацію про стан свого здоров'я, право на таємницю про стан здоров'я [Електронний ресурс] / Н. О. Коротка // Актуальні проблеми держави і права. – 2014. – Вип. 74. – С. 262-268. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apdp_2014_74_40.pdf

9. Здійснення права фізичної особи на інформацію про стан здоров'я у цивільному та сімейному законодавстві України – Електронний ресурс – Режим доступу: <http://lh.pl.court.gov.ua/sud1617/news/25257/>

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Дрозд В.О.,

студент 45 групи,

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Треба почати з того, що все частіше проводиться розмежування понять «медичних послуг» та «медична допомога».

На жаль, в уяві більшості людей через недостатній рівень правової культури відбувається часткова підміна понять: термін «медична допомога» замінюється «медичною послугою».

Тому дедалі частіше чуємо, що лікарі надають медичне обслуговування. То що ж насправді «роблять» медичні працівники, допомагають чи обслуговують?

В Україні, та й і зрештою в європейських країнах, спостерігається тенденція щодо випередження медичної науки над правовою. На жаль, в нашій країні ця проблема є особливо актуальною. Так, визначення «медичної послуги» на законодавчому рівні і досі немає. Необхідно відзначити і той факт, що єдине визначення «послуги» також відсутнє. Аналізуючи велику кількість законодавчих актів, де міститься термін «послуга», знаходимо різноманітну детермінацію цього поняття, в залежності від особливостей тих відносин, які врегульовуються в низці законів. Вважаю, що такі визначення не можуть бути абсолютотом для усіх видів послуг, а єдиного варіанту серед законодавчої бази і досі немає. Аналіз положень законодавства та доктринадає визначення, що послуга – це специфічний об'єкт цивільних прав, продукт корисної дії або діяльності, що не має майнового вираження, результат, якої (послуги) не має юридичного значення і не може бути гарантованим, яка надається за завданням замовника і передбачає її надання особисто виконавцем і є невіддільним від нього (виконавця). Таке визначення є виправданим для більшості медичних послуг. Сучасна юридична доктрина базується на тій точці зору, що послуга не має уречевленого результату, а також його не можна гарантувати, а тому наявність чи відсутність останнього не впливає на зобов'язальний чи відповідальний характер надання самої послуги. Основним завданням для виконавця послуги є сумлінне виконання всіх дій, необхідних для досягнення поставленої замовником мети. Наприклад, вчитель який пояснює тему уроку не може гарантувати, що учні її засвоять, або ж у випадку лікування – повноговилікування особи, тобто вона споживається безпосередньо у процесі її надання. Так, фактично, виходячи з положень цивільного законодавства про надання послуг та аналізу доктрини замовник медичної послуги сплачує не за результат, а за сам процес лікування.

Необхідно зазначити, що поняття «послуги» є набагато ширшим, ніж поняття «медичної послуги». А останню слід розглядати, як складову поняття «медична до-

помога». З 1 січня 2012 р. набули чинності зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги, відповідно до яких в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття матимуть таке значення: «медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю і пологами».

При цьому поняття, що використовуються у проекті наказу МОЗ України «Про затвердження Методики розрахунку вартості медичної допомоги», від 21 грудня 2011 р мають такі значення: «медична допомога – це сукупність послуг з охорони здоров'я та послуг по перебуванню та харчуванню в стаціонарі; послуги з охорони здоров'я – це консультативні, діагностичні, лікувальні, профілактичні та реабілітаційні послуги, які надають заклади охорони здоров'я державної, комунальної та інших форм власності.

Таким чином, за відсутності законодавчо встановленого поняття «послуги з охорони здоров'я» та «медичної послуги» слід очікувати ототожнення цих понять. Варто не погодитись з законодавцем щодо такого поділу. Оскільки, по-перше, необхідно враховувати специфіку сторін, які беруть участь у наданні таких послуг, тому що в залежності від складу учасників такі послуги можна класифікувати на: послуги у приватноправовій сфері та публічно правовій сфері, тобто коли надання медичних послуг відбувається приватною медичною клінікою, то вони будуть у площині приватноправових, а коли суб'єктом надання є комунальний заклад охорони здоров'я, то звісно, вони нестимуть публічний характер.

Також, за цивільним законодавством, договір про надання послуг має оплатний характер, а тому відповідно державний, комунальний заклад охорони здоров'я не може надавати медичну послугу, а тим паче передбачити у своїй діяльності укладення договорів про надання медичних послуг з пацієнтами. Це прерогатива лише приватного медичного сектору, але у випадку надання комунальним закладом послуг, наприклад, магнітно-резонансного томографу чи ультразвукової діагностики, а вони носять оплатний характер, підтвердженням про укладення такого договору може стати квитанція про сплату. У даному контексті виникає запитання: чи можна вважати їх «медичними послугами», і в якій законодавчій площині вони тоді існують? Так само і в стоматології: чи можна називати медичною послугою виготовлення коронок для зуба, чи не буде це медичною роботою, тобто на перший погляд дії виконавця можна розглядати як роботу, але ж нас цікавить не виготовлення самої коронки, а процес її встановлення в організмі пацієнта, а тому він, відповідно, не може розглядатись, як створення уречевленого блага.

Ураховуючи вище викладене, необхідно зазначити, що медична допомога це і є сукупність послуг і для приватної, і для публічної сфери, як вже зазначалось, в залежності від того, хто буде надавати медичну послугу. Проте сам термін «медична послуга» не може вживатись як послуга у державному секторі, вважаю за доцільне лише вживання поняття, як послуги з охорони здоров'я. А тому, медична послуга – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників в статусі фізичних осіб–підприємців, медичних закладів (клінік), які займаються приватною медичною практикою, яка спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію

у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю і пологами.

Підсумовуючи можна сказати, що також важливе поняття розмежування оплатності та безоплатності для таких термінів як «медична послуга» та «медична допомога».

З метою врегулювання цієї проблеми було запроваджено надання платних медичних послуг державними та комунальними медичними закладами. Вичерпний перелік цих послуг встановлено постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.96 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти»

Що стосується суб'єктів підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою та приватних медичних установ, то, аналізуючи чинне законодавство України, можна зробити висновок, що вони можуть надавати тільки медичні послуги.

Підсумовуючи усе вищезазначене, на думку авторів було б доцільно розробити низку нормативно-правових актів, якими буде детально врегульовано порядок надання медичних послуг закладами охорони здоров'я різних форм власності та чітко регламентовано процес ціноутворення медичних послуг з можливим встановленням граничного їх розміру.

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

Дроб'язко М.Ю.,

студент 35 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОГОВОРУ ДОВІЧНОГО УТРИМАННЯ

Правове регулювання договору довічного утримання є актуальною темою, адже незважаючи на те, що даний договір є фідуціарним, все частіше його укладають суб'єкти господарювання. Відносини, що виникають з даного договору потребують детального вивчення. В юридичній літературі існує різноманітна кількість поглядів, відносно договору довічного утримання.

Проблематикою договору довічного утримання займалися такі науковці як Яворська О. С., Нестерова І. В., Дзера І. О., Фурса Є. І., Комаров В. В. та багато інших. Наприклад, Дзера І. О. та Галятнич М. К. говорять, що договір довічного утримання є різновидом договору ренти [1, с. 242]. Але договір ренти і довічного утримання мають свої докорінні відмінності. В цих договорах різняться суб'єктний склад, рента може сплачуватися протягом певного часу, а довічне утримання – до смерті відчужувача.

За договором довічного утримання (далі – Договір) одна сторона (відчужувач) передає іншій стороні (набувачеві) у власність житловий будинок, квартиру чи їх частину, інше нерухоме майно або рухоме майно, яке має значну цінність, взамін якогоне бувач зобов'язується забезпечувати відчужувача утриманням та (або) доглядом довічно. Даний договір є фідуціарним, тобто ґрунтується на довірчих відносинах, двостороннім та віддатним, зобов'язання мають особистісний характер. (В Ухвалі Колегії суддів судової палати у цивільних справах Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ № 6-19400св13 від 24 липня 2013 року зазначається, що не являються доказамивиконання умов договору довічного утримання відсутність скарг щодо невиконання умов договору до-

вічногоутримання). Договір довічногоутримання можнаукласти на користьтретьої особи (утриманця). Майно переходить у власність набувача, але розпоряджатисяциммайномнабувач не може, тому щонакладається заборона відчуження майна. Договір довічного утримання має тривалий характер та вимагає від набувача систематичного виконання покладених на ньогообов'язків.

Договір обов'язково укладається у письмовій формі та підлягає нотаріальному посвідченню. Якщо за договором довічного утримання передається у власність нерухоме майно, то він підлягає державній реєстрації. У разі недотримання форми такої угоди вважається недійсним. Предметом договору довічного утримання може бути нерухомемайно (житловий будинок, квартира, їхчастина, садовий будинок, земельна ділянка, дача, гараж, нежитлове приміщення, рухомемайно на яке розповсюджується режим нерухомого майна) та рухоме майно, яке має значну цінність (транспортні засоби, твори мистецтва, цінніпапери, антикварніречі,тощо).[3]

Законодавством встановлені істотні умови, яких потрібно дотримуватися при укладенні договору довічного утримання. До таких умов належать: найменування (назва), місцепроживання (місцезнаходження) сторін, ідентифікаційний номер (код), предмет договору, вартісна оцінка майна, розмір та форма надання утримання, яка буде здійснюватися зі сторони набувача, строк чинності договору, місце виконання договору, чітко визначені права та обов'язки сторін за договором, умови припинення обов'язків, момент виникнення права власності на майно, відомості про накладання заборони відчуження майна.

За договором довічного утримання передбачена заміна набувача. Якщо фізична особа не може у подальшому виконувати свої обов'язки з істотних підстав, то за згодою відчужувача його обов'язки можуть перейти до членів його родини. Договірдовічногоутримання припиняється за рішенням суду, на вимогу відчужувача, на вимогу набувача.

Укладення договору довічного утримання містить істотні ризики як зі сторони відчужувача, так і зі сторони набувача. [2, с. 340] З одного боку відчужувач може постраждати через недобросовісне виконання своїх обов'язків з боку набувача, адже у більшості випадків такий договір укладають люди похилоговіку, які не можуть протистояти діям набувача. Літні люди хочуть знайти добросовісну людину, яка б дбала про них, а в результаті знаходять проблеми. Так багато пенсіонерів опиняється на вулиці через те, що під виглядом соцпрацівників часто знаходяться просто квартирні шахраї. У багатьох випадках пенсіонери підписують не договір довічного утримання, а договіркупівлі-продажу майна. Тому при підписанні такого договору до нотаріуса потрібнобрати з собою знайомих, які б могли уважно прочитати та оцінити договір. (В Ухвалі Колегії суддів судової палати у цивільних справах Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ № 6-38471св11 від 08 лютого 2008 року зазначено, що саме на позивачеві лежитьобов'язок доведення невиконання умов договору довічногоутримання).

Зіншого боку набувач, якийдобросовісновиконувавсвоїобов'язкиможе бути просто використаним. Відчужувач буде отримувативіднабувача блага, а потім просто відмовитьсявід договору довічного гоутримання. Тому при укладанніданого договору потрібно з'ясувати стан здоров'я особи, яку визібралисяутримувати. З'ясувати ринкову вартість нерухомого чи рухомого майна. Потрібнонотаріальнопосвідчити договір. У договорі як правило зазначається право власникамешкати у житловому-приміщенні до смерті, вартістьжитла, розмірутримання, яке буде отримуватинабу-

вач та порядок йогоотримання, а також зазначається, що у разі випадкової загибелі житла набувач не звільняється від обов'язку довічного утримання. У договорі слід детально перерахувати всі обов'язки утримувача. При цьому, наприклад, робити потрібно ремонт житла лише через спеціальні організації, тому що у майбутньому буде дуже складно довести факт таких робіт. Потрібно зберігати усі чеки, адже у суді вони стануть доказами. Часто трапляються випадки, коли літня особа посилається на те, що вона знаходиться на лікуванні у психіатричній установі, тому при укладенні договору довічного утримання просто не розуміла значення своїх дій просить через суд розірвати договір. Цим також часто користуються спадкоємці відчужувача, посилаючись не те, що їх родич просто не усвідомлював значення своїх дій просять через суд визнати договір довічного утримання незаконним. (В Ухвалі Колегії суддів судової палати у цивільних справах Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ № 6-53388св13 від 29 січня 2014 року зазначено, що відповідач зобов'язаний довести належне виконання умов договору довічного утримання).

Отже, при укладенні договору довічного утримання потрібно дотримуватися усіх норм передбачених у законодавстві. Необхідно забезпечувати себе від негативних наслідків договору, адже у більшості випадків сторони договору довічного утримання страждають від своєї власної необачності та юридичної необізнаності.

Література:

1. Галятич М. К. Житлове право України: навч. Посібник / М. К. Галятич. – К.: ЮрінкомІнтер, 2007

2. Майданик Р. А. Аномалії в цивільному управлінні України / Р. А. Майданик. – К.: Юстиніан, 2007

3. Роз'яснення Мін'юсту Департаменту нотаріату, фінансового моніторингу нотаріальних послуг та реєстрації адвокатських об'єднань // Особливості посвідчення договору довічного утримання (догляду), 2011, zakon.rada.gov.ua

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Зінов'єва А.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКВІДАЦІЇ ПІДПРИЄМСТВА

Актуальність даного дослідження полягає у тому, що закриття підприємств останнім часом погіршує економічний стан нашої країни. Ця тема є дуже цікавою з точки зору накопичення певного правозастосовного матеріалу, а також з огляду на складність питання ліквідації юридичної особи, яка потребує глибоких юридичних знань, так як на сьогодні не врегульовано і не закріплено на законодавчому рівні поняття «ліквідація» і існує достатньо підстав для проведення цієї процедури.

Вагомий внесок в розробку теоретичного вирішення даного питання внесли такі науковці, як В.С. Щербін, М. І. Брагінський, В.В. Джуня, І. Радик, А. Бібо та багато інших.

На законодавчому рівні порядок ліквідації юридичної особи встановлено Цивільним кодексом України, Господарським кодексом України, Законом України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців» та ін-

шими нормативно-правовими актами, особливості підстав ліквідації окремих видів підприємств, регулюються законами щодо цих підприємств.

Науковець М.І. Брагінський, зазначає, що ліквідація означає припинення юридичної особи, проте не означає переказ прав та обов'язків [1, с.1].

Припинення суб'єкта господарювання – термін господарського права. Ст. 60 Господарського кодексу визначає порядок ліквідації. До речі, на думку В.С. Щербіни, цей порядок є процесуальним або процедурним. Автор не робить розрізнення між процедурою ліквідації, порядком ліквідації та процесом ліквідації [1, с.3].

Погоджуюся з С.В. Жуковим, що принциповим у контексті досліджуваної проблеми, є визначення понять «процедура ліквідації», «процес ліквідації», «порядок ліквідації». Для цього він звернувся до етимології цих понять. Так, процедура означає просування, встановлений порядок ведення, розгляду певної справи. Дещо схожим є визначення поняття порядок, який представляє собою встановлений ким-небудь комплекс послідовних, систематичних дій під час перебігу справи, слідування за чим-небудь. Процес ж є сукупністю послідовних дій для досягнення певного результату. У нормах процесуального права процес є порядком розгляду у суді чи адміністративних органах судових чи інших справ.

Проаналізувавши данні визначення, а також думки вчених, можна сформулювати термін ліквідація. Отже, на мою думку, ліквідація – це добровільна або примусова процедура, в процесі якої юридична особа припиняє свою діяльність, на підставах передбачених Законом, не передбачаючи правонаступництва прав та обов'язків.

На законодавчому рівні закріплено, що юридична особа ліквідується:

- за рішенням її учасників або органу юридичної особи, уповноваженого на це установчими документами;

- за рішенням суду.

Також закріплені підстави для ліквідації юридичної особи:

- закінчення строку, на який було створено юридичну особу, або після досягнення мети, поставленої при її створенні;

- у зв'язку з визнанням судом недійсною державної реєстрації юридичної особи через допущені при її створенні порушення, які не можна усунути, а також в інших випадках, передбачених установчими документами;

- інші підстави, передбачені законодавчими актами України.

Процес ліквідації підприємства відповідно до українського законодавства являє собою ряд послідовних дій. Після здійснення всіх заходів ліквідаційного процесу підприємство позбавляється статусу юридичної особи.

Редакція ЗУ «Про банкрутство» 1992 р. не мала визначення поняття ліквідаційна процедура. Як форма судової процедури у справах про банкрутство вона отримала легітимність у редакції ЗУ «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом» у 1999 р. Законодавець розуміє під ліквідаційною процедурою припинення діяльності суб'єкта підприємницької діяльності, визнаного господарським судом банкрутом, з метою здійснення заходів щодо задоволення визнаних судом вимог кредиторів шляхом продажу його майна.

На думку В.В. Джуна завданням процедури ліквідації є мобілізація майнових активів суб'єкта господарювання – банкрута та задоволення майнових вимог його кредиторів [1, с.3].

Застосування процедури ліквідації до суб'єкта у випадках банкрутства не завжди тягне його ліквідацію. Іноді майнового активу боржника вистачає для погашення боргів перед кредиторами. З моменту такого погашення боржник вважається таким, що немає заборгованості і може продовжувати свою подальшу господарську діяльність.

Отже, на даному етапі дослідження ліквідації підприємства, можна зробити висновок, що ліквідація підприємства не завжди відбувається, так як наявний випадок того що боржник може погасити борги, і зможе продовжувати діяльність.

Досить складною видається ліквідація державних підприємств, а саме – зв'язок такої процедури з державною таємницею. Суть проблеми зумовлена правовими імперативами, які регламентують діяльність таких суб'єктів господарювання та процедури їх ліквідації. По-перше, особа, призначена відповідальною у цій процедурі за певну ділянку роботи, повинна мати відповідний допуск у саме підприємство, до інформації, що складає державну чи комерційну таємницю. Ст. 20 Закону України «Про державну таємницю» від 21.01.1994 року встановлює, що органи державної влади, місцевого самоврядування, інші суб'єкти здійснюють діяльність, пов'язану із державною таємницею, після отримання ними з СБУ спеціального дозволу. До таких суб'єктів Закон не відносить учасників ліквідаційної процедури. Ідеальною формою є, на думку І. Радик та А. Бібко, виділення серед всіх учасників процедури ліквідації осіб, що будуть спеціалізуватися на роботі з такими підприємствами. Проте це питання все ще залишається відкритим та потребує свого врегулювання[2,с.37].

На підставі вищенаведеного очевидно, що дати повне визначення поняттю ліквідація дуже важко, враховуючи сутність об'єкту, а також залежно від ситуації, а розробка невдалого визначення може спровокувати невірний розвиток науки. Але, все ж таки вважаю що слід у Господарському кодексі зазначити поняття «ліквідація».

Також у Законі України «Про державну таємницю» слід до суб'єктів, що здійснюють діяльність, пов'язану із державною таємницею, віднести учасників ліквідаційного процесу. Усунення цієї прогалини надасть можливість учасникам процедури ліквідації представляти інтереси суб'єкта господарювання у суді, при укладанні мирової угоди з кредиторами чи процедурі санації.

Література:

1. Жуков С.В. Поняття господарсько-правових видів процедури ліквідації підприємств // С.В.Жуков // Часопис Академії адвокатури України, 2009. – № 3. – с.1-6
2. Кравченко А.В., Зеленкова І.І. Проблемні питання ліквідації підприємств за господарським законодавством України // А.В.Кравченко, І.І.Зеленкова // Адвокат, 2012. – №1 (136). – с.33-37

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

*Зінов'єва А.О.,
студент 42 групи
ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПОНЯТТЯ ТА ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ЗОНИ НАДЗВИЧАЙНОЇ ЕКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

У результаті різних причин можуть виникати надзвичайні екологічні ситуації, що безперечно негативно впливатиме на стан навколишнього природного середовища.

Правовий режим цих зон регулюються низкою нормативно-правових актів, а саме, Законом України «Про охорону навколишнього природного середовища» [4, Ст. 546], Законом України «Про зону надзвичайної екологічної ситуації» [1, Ст. 348] та ін.

За ч. 1 ст. 1 закону України «Про зону надзвичайної екологічної ситуації»: зона надзвичайної екологічної ситуації – це окрема місцевість України, на якій виникла надзвичайна екологічна ситуація. У свою чергу, за ч. 2 ст. 1 цього Закону: надзвичайна екологічна ситуація – надзвичайна ситуація, при якій на окремій місцевості сталися негативні зміни в навколишньому природному середовищі, що потребують застосування надзвичайних заходів з боку держави.

Розбіжності у визначенні терміну «надзвичайна екологічна ситуація» обумовлюються тим, що в юридичній доктрині воно не набуло відповідного дослідження.

На загальнотеоретичному рівні більшість авторів ототожнює «надзвичайну екологічну ситуацію» і «надзвичайну ситуацію». Зокрема, В.М. Комарницький зазначає, що необхідно замінити законодавчі терміни, на його думку доцільно було б слово «надзвичайна» замінити на «кризова», і вести мову про «кризові екологічні ситуації» [2, с. 284].

Більш широке тлумачення, та диференційоване із «надзвичайна ситуація» дає М.М. Бринчук, який зазначає, що надзвичайна екологічна ситуація характеризується наявністю суттєвої, негативної зміни стану навколишнього середовища під впливом антропогенних і природних причин, у тому числі тих, що сталися внаслідок аварій, катастроф і стихійних лих, які супроводжуються соціальними й економічними витратами [2, с. 285].

Як вбачається більш доцільно розрізняти поняття «надзвичайна ситуація» і «надзвичайна екологічна ситуація», а також надати на законодавчому рівні більш широке тлумачення терміну «надзвичайна екологічна ситуація», яке формулює вчений М.М. Бринчук.

На сучасному етапі, з посиланням на ст. 8 Закон України «Про зону надзвичайної екологічної ситуації»: у частині виділення коштів для нормалізації екологічного стану і дивлячись на ситуацію в Україні з зоною відчуження міста Чорнобиля і Прип'яті. А також, п. 18 ч. 1 ст. 14 Закон України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» [5, Ст. 37], де передбачається, що кошти спрямовуються на підтримку екологічно безпечного стану у зонах відчуження має чисто теоретичний характер, можна зазначити, що на практиці місто Чорнобиль та Прип'ять досі є зоною надзвичайної екологічної ситуації, не дивлячись на те, що ця катастрофа сталася у 1986 році, і дану зону відчуження досі не привели до безпечного стану і до відновлення функціонування цих міст.

Також відповідно до ст. 8 Закону України «Про зону надзвичайної екологічної ситуації», не зовсім є зрозумілим термін «нормалізація екологічного стану», та

не встановлюється граничний розмір показників, що визначали б термін «нормалізація». Тому було б доцільно, по-перше, розробити і прийняти новий відповідний нормативно-правовий акт щодо мінімізації наслідків Чорнобильської катастрофи на наступні роки, так як Національна програма ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи і соціального захисту громадян на 1994-1995 роки та період до 2000 року є чинною, але є вже застарілою; по-друге, доповнити законодавство відповідними показниками якості навколишнього природного середовища, які б визначали термін «нормалізація екологічного стану».

Тобто можна зазначити, що законодавство, що стосується надзвичайних екологічних ситуацій, необхідно доопрацьовувати та доповнити певними положеннями, які б врегульовували відповідну сферу та більш чітко визначали відповідні поняття та критерії. Також дане законодавство слід привести у відповідність до економічних можливостей держави, що передбачені Державним бюджетом України, щоб забезпечити ефективність заходів протидії утворенню зони надзвичайної екологічної ситуації.

Література:

1. Про зону надзвичайної екологічної ситуації: Закон України від 13.07.2000р. № 42 // Відом. Верхов. Ради України. – 2000. – № 42. – Ст.348.
2. Шараєвська Т.А. Поняття та юридичні ознаки надзвичайної екологічної ситуації / Шараєвська Т.А. / Університетські наукові записки, 2012. – №4 (44). – С.282-287.
4. Про охорону природного навколишнього середовища: Закон України від 25.06.1991р. № 41 // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – №41. – Ст.546.
5. Про Державний бюджет України на 2015 рік: Закон України від 28.12.2014р. № 5 // Відом. Верхов. Ради України. – 2015. – №5. – Ст.37.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Калініченко К.Ю.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОДАЖУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Купівля товарів через інтернет в останні роки набирає все більшої популярності серед населення України, не виходячи з будинку сьогодні можна придбати техніку, меблі, іграшки, одяг Зручність замовлення і доставки спокушає замовляти онлайн і медикаменти. Втім, офіційно інтернет-аптеки в Україні на сьогоднішній день заборонені. Хоча чи немала кількість онлайн-аптек не мають наміру припиняти свою діяльність. З 29 грудня на Україну вступив в силу наказ МОЗ номер 723 від 31 жовтня 2011 про нових ліцензійних умовах виробництва та продажу ліків. Одним з головних нововведень стала заборона на дистанційний збут лікарських засобів. Згідно з наказом, продажі лікарських засобів більше не можна здійснювати через інтернет, поштою, і в будь-яких місцях, крім аптечних установ. Але щодо правил роздрібної торгівлі по цим нормативним актом дещо м'якше для сільської місцевості, де аптеки може і не бути, і тоді продаж медикаментів дозволяється в фельдшерських пунктах. Для міст ж правило визначено чітко: продавати ліки можна тільки через аптеки та їх структурні підрозділи.

Голова Державної служби України з лікарських засобів Олексій Соловйов вважає, що купувати ліки через інтернет – це те саме, що купувати їх на ринку з рук:

“За європейською статистикою 50% препаратів, які реалізуються через інтернет, є фальсифікованими. Щоб не допустити значного поширення цього на території України і було прийнято рішення про заборону дистанційної торгівлі. Хоча слід зазначити, що такого масового поширення цього явища, як на Заході, у нас не було, адже багато хто ще не оволоділи інтернетом або з підозрою ставляться до оплати банківськими картами “. Однак сьогодні лікарський засіб може бути продано тільки в аптечному закладі. Тобто, на сайтах аптеки мають право давати рекламу, вказувати асортимент товару і ціни на правах реклами. Але дистанційна торгівля та доставка медикаментів сьогодні категорично заборонена”, – повідомив Олексій Соловійов.

Мета данної роботи, пов’язана з дослідженням та аналізом існуючих схем діяльності таких аптек, відповідної регуляторної бази за кордоном, а також статусу вітчизняних інтернет-аптек у рамках прийняття спільного наказу Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров’я України №69/307 від 06.06.2008 р. «Про внесення зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами».

Всезагально відомо, що для деяких категорій пацієнтів звернення до онлайн аптек надає ряд істотних переваг у порівнянні з відвідуванням «реальної» аптеки, наприклад, для людей з обмеженими можливостями, вадами здоров’я та людей, що мешкають далеко від найближчої аптеки. Окрім того, в Інтернеті існує широка можливість вибору найпривабливішої компанії, що пропонує вигідніші умови та ціни з продажу в порівнянні з іншими аптеками. Також існує зручний для користування механізм вибору лікувального засобу. До позитивних критеріїв можна віднести доступ покупця до інструкцій та інших довідкових матеріалів про лікувальний засіб у режимі онлайн, а також те, що факт вибору і придбання лікувального засобу залишається конфіденційним.

На сьогодні можна виділити такі типи онлайн аптек за організаційною структурою:

- фармацевтична компанія від початку створюється як інтернет-проект, під який будується відповідна інфраструктура;
- звичайна аптека створює свій інтернет-сайт, розширюючи кількість потенційних клієнтів;
- на базі декількох аптек створюється сервісна структура, яка укладає договір співробітництва з декількома аптечними установами, координуючи процес замовлення і доставки товару з них;
- компанія створює інтернет-аптеку на базі мережі аптек, а доставка лікарських засобів здійснюється кур’ером з найближчої аптеки [1].

На даний момент Національна Асоціація Ради Фармацевтики (NABP), до якої входять ради, що складаються з рад штатів США, рад з Канади і Австралії, започаткувала в 1999 р. програму ліцензування «Сертифікована Інтернет-Аптека» для онлайн продажу лікувальних засобів, використовуючи затверджений логотип, який підтверджує наявність ліцензії.

Для перевірки законності сайтів інтернет-аптек усі пошукові системи використовують спеціальну пошукову програму «Pharmacy Checker».

Канадські аптеки, які надають фармацевтичну допомогу населенню через мережу Інтернет, повинні також довести, що їх онлайн аспекти операцій відповідають стандартам фармацевтичної практики. Такі аптеки повинні пройти через процеду-

ру легалізації на провінційному та федеральному рівнях, а також використовувати стандарти аптечної практики чи дистрибуції лікарських засобів.

У країнах ЄС відсутня єдина законодавча база, яка б регулювала сектор електронної реалізації лікарських засобів. На сьогоднішній день існує три Директиви Ради ЄС, що регулюють це питання. Це Директива 97/7, що регламентує дистанційну торгівлю, Директива 97/36, що стосується телешопінгу та Директива 92/28 «Про рекламування лікарських засобів для людини». Але стаття 14 Директиви 97/7 дає дозвіл країнам-членам ЄС на національному рівні забороняти дистанційний продаж лікувальних засобів та їх публічну рекламу. І в більшості європейських країн, за виключенням Нідерландів та Великобританії, такий вид продажу лікувальних засобів заборонений [5,9,11].

Якщо повернутися до наказу Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров'я України №69/307 від 06.06.2008 р. «Про внесення зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами». У статті 9, пункті 2.1.5. наголошено, що торгівля лікарськими засобами здійснюється лише через аптеки, їх структурні підрозділи та аптечні бази (склади), тобто тільки через установи, що відповідають ліцензійним умовам. Торгівля лікарняними засобами не може здійснюватися через будь-які інші заклади, окрім аптечних, та поза ними. Таким чином, створення онлайн аптеки як окремої бізнес-єдиниці без існування «реальної» аптечної станова, що має дозвіл на роздрібну реалізацію лікарняними засобами, стає неможливим.[3]

Не останнім фактором є необхідність забезпечення якості лікарських засобів під час їх перевезення. У статті 25, пункті 2.2.2.25. зазначено, що ліцензіат під час транспортування лікарських засобів повинен забезпечити умови зберігання відповідно до вимог, установлених виробником. Тому нові ліцензійні умови містять заборону на транспортування лікарських засобів громадським транспортом, рейсовими автобусами міжміського сполучення, залізничним транспортом для пасажирських перевезень та поштою. Таким чином, досить популярний для багатьох інтернет-аптек спосіб доставки лікарських засобів за допомогою поштових пересілок потрапляє під заборону, і єдиним можливим способом доставки лікарняних засобів, замовлених через Інтернет, залишається лише один варіант – кур'єрська доставка[3].

Таким чином, на сьогоднішній день вітчизняні інтернет-аптеки можуть працювати лише як філії «реальних» аптек задля розширення додаткових послуг, призначених не стільки для отримання прибутку, скільки для покращення доступності ЛЗ для населення. Сутність таких додаткових послуг полягає, по-перше, у наданні інформаційно-консультативних послуг для населення через Інтернет, що за своєю суттю є довідковою службою про наявність лікуючих засобів у звичайних аптеках та ціни на них. По-друге, це організація «гарячих ліній», де кваліфіковані спеціалісти можуть допомогти з індивідуальним вибором безрецептурних лікарняних засобів. Доставка додому обраним клієнтом лікарняних засобів можлива лише у випадку, якщо аптека надає кур'єрські послуги.

Література:

1. Беспалов Н. Лекарства on-line / Н. Беспалов // – Режим доступу до статті: http://www.stratostat.ru/article_07 – Назва з екрану.

2. Волтерс Л. Юридические вопросы, касающиеся распространения лекарств через Интернет / Л. Волтерс // – Режим доступу до статті: <http://www.master-x.com/articles/article/225/page/1/> – Назва з екрану.

3. Наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, МОЗ України від 06.06.2008 р. № 69/307«Про внесення зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами». – Режим доступу до законодавчо-нормативного документу з: <http://www.drugmed.gov.ua> Назва з екрану.

4. Пашутин С. Онлайнвые продажи лекарств /Сергей Пашутин // Consilium provisorum. –2006. – Т.4 (№1). – Режим доступу дожурналу: http://www.consilium-medicum.com/media/provisor/06_01/4.shtml – Назва з екрану.

5. Черкасский Н. www.e-apteka.com.ua открывает виртуальные двери / Николай Черкасский// Аптека. – 2000. – № 43 (264). –Режим доступу до журналу: <http://www.apteka.ua/archives/264/15195.html> – Назва з екрану.

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

Калусенко М.В.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ

В наш час дуже багато людей, які віддають перевагу оздоровчим послугам за кордоном. І йдеться тут не лише про використання останньої надії українськими пацієнтами, а й про впевненість співвітчизників у кращому рівні лікування, ніж в Україні.

Українські громадяни мають повне право на лікарську допомогу за кордоном, адже у ст.36 Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначено, що громадяни України можуть направлятися для лікування за кордон у разі необхідності надання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її надання в закладах охорони здоров'я України. Держава, тобто органи державної влади повинні сприяти виїзду пацієнтів на лікування за кордон і їх перебуванню там. Це право громадян є відображенням реалізації конституційних прав і свобод людини і підтвердженням принципу того, що життя і здоров'я людини – це є основною цінністю для нашої держави. Адже таким чином країна надає можливість пацієнтам лікуватися в закладах з найсучаснішим обладнанням і обирати кращих фахівців світу для себе.

Міністерство охорони здоров'я, з метою запобігання порушення прав пацієнтів за кордоном, сприяє інформуванню громадян, щодо отримання консультацій, умов проходження медичного обстеження, цінової політики закладу та форми оплати за надані послуги, запланованих процедур, медичних препаратів, які будуть застосовуватися, про лікаря і персонал, який буде залучений до лікування пацієнта, умови проживання, особливості харчування і т.д.

Також, важливо знати, що направлення громадян України на лікування за кордон здійснюється відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про порядок направлення громадян на лікування за кордон» від 08.12.1995р. №991 та наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про забезпечення організації направлення громадян на лікування за кордон» від 17.07.2014р. №502.

Питання направлення громадян на лікування за кордон порушують обласні, центральні районні (міські) лікарні, які надсилають до управлінь (відділів) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій детальний витяг з історії хвороби, надрукований у двох примірниках, обґрунтування доцільності лікування за кордоном, а також довідки про склад сім'ї хворого.

Зазначені органи охорони здоров'я у разі визнання ними необхідності такого лікування надсилають ці документи МОЗ України або видають їх хворому (чи за його дорученням – іншій особі) для подання цьому Міністерству. Рішення про доцільність лікування за кордоном приймається Комісією з питань направлення на лікування за кордон на підставі висновку головного спеціаліста відповідного профілю МОЗ. У разі потреби Комісія має право залучати до своєї роботи провідних спеціалістів закладів охорони здоров'я, в тому числі клінік науково-дослідних інститутів (за погодженням з керівниками). [1, п. 1]

У 2012 році було прийнято Розпорядження Кабінету Міністрів України про лікування пацієнтів за кордоном за бюджетні кошти. Було виділено 380 тисяч гривень на лікування заслуженого майстера спорту.

Але не всі громадяни України мають право лікуватися за кордоном. В ч.1 ст.107 Кримінально-виконавчого кодексу України вказано, що засуджені, зокрема до позбавлення волі громадяни мають право лікуватися тільки в закладах, що мають ліцензію Міністерства охорони здоров'я України. В 2013 році були спроби вирішити дану проблему, було зареєстровано 6 законопроектів щодо цього, але не один із них не був затверджений.

Громадяни України виїжджають на лікування за кордон тільки з однієї причини – вітчизняна медицина здається їм не такою сучасною. Отже, постає питання щодо покращення якості медичних послуг, підвищення кваліфікації вітчизняних лікарів та розробки нових сучасних методів лікування в Україні.

Література:

1. Постанова «Про затвердження Положення про порядок направлення громадян на лікування за кордон» від 8 грудня 1995 р. N 991

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

Калюжний К.В.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ

Стаття 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначає право на таємницю про стан здоров'я. Згідно з нею, кожен пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні. Таким чином, постає питання забезпечення лікарської таємниці.

Вперше поняття лікарської таємниці чітко було сформульоване у клятві Гіппократа: «Що б при лікуванні – також без лікування – я не побачив чи не почув стосовно життя людського з того, що не потрібно коли-небудь розголошувати, я змовчу про те, рахуючи подібні речі таємницею» [1 – ст. 88]. Згодом, Основи законодавства СРСР та союзних республік про охорону здоров'я громадян, що були прийняті у 1969 році у статті 16 визначили, що «лікарі і інші медичні, а також фармацевтичні

працівники не мають права розголошувати відомості, що стали їм відомими через виконання професійних обов'язків про хвороби, медичні обстеження (оглядах), інтимне і сімейне життя громадян. Керівники установ охорони здоров'я зобов'язані повідомляти відомості про хворобу громадян органам охорони здоров'я у випадках, коли цього вимагають інтереси охорони здоров'я населення, а слідчим і судовим органам – на їх вимогу» [2]. В незалежній Україні ця таємниця закріплена Основами законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року.

Наукові основи цього питання досліджували такі вчені, як С.В. Агієвський, Ю.М. Аргунова, В.І. Акопов, Н.Б. Болотіна, М.Ф. Герасименко, С.Б. Булеца, З.С. Гладун, А.П. Зільбер, І.Ю. Григор'єв, Н.В. Коробцова, М.С. Малєїн, Ю.Є. Максименко, М.М. Малєїна, В.Ф. Москаленко, А.І. Марущак, В.П. Новосьолов, З.О. Надюк, О.М. Піщита, Г.Б. Романовський, Н.В. Пугіло, А.М. Савицька, І.М. Солоненко, І.Я. Сенюта, В.Ю. Стеценко, Р.О. Стефанчук та інші.

Стаття 40 Основ законодавства встановлює, 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. Саме ці складові визначені в законі.

На практиці це може призвести до невинуватого звуження трактування інформації, що становить лікарську таємницю. Вважаємо за необхідне відмітити особливості лікарської таємниці як об'єкта правового регулювання і захисту. По-перше, носієм цієї інформації є медичний працівник. До них належать всі медичні, фармацевтичні та інші працівники, як такі, що беруть безпосередню участь у лікуванні особи, так і такі, що безпосередньо не задіяні у цьому процесі. Другою особливою ознакою виступає те, що ця інформація цим особам надається добровільно [3].

Шатковська І.В. як особливість зазначає також тісний зв'язок цього виду таємниці з іншими регуляторами – етикою, деонтологією, мораллю, біоетикою [4]. Дійсно, у деяких випадках які пов'язані зі збереженням лікарської таємниці, не можна оперувати лише нормами законодавства.

Зважаючи на взятий Україною курс на євроінтеграцію, варто проаналізувати також міжнародний досвід регулювання лікарської таємниці.

Зокрема, в США, за твердженням Дж.В. Берг, захист конфіденційності в різних штатах істотно різниться. Декілька штатів мають розвинуте законодавство про забезпечення дотримання таємниці, деякі контролюють розкриття цієї інформації, розробляючи детальні правила, що торкаються багатьох аспектів: від інформації про захворювання до записів про автопсію. Деякі з штатів не встановлюють правил, що вимагають загальну конфіденційність, і просто закріплюють окремі виключення, виходячи з того, що захист інформації про здоров'я загальним правом є достатнім [5 – ст. 172].

Особливістю охорони здоров'я та нормативно-правової бази в Німеччині, слід вказати, що Конституція Німеччини як федеративної держави визначає певні права як за державою у цілому, так і певні права за землями. Тому там також існує певний відсоток так званого конкуруючого законодавства. Вцілому ж можна визначити такі особливості німецького законодавства, як запровадження обов'язкового медичного страхування, що фактично підвищує соціальні гарантії у сфері медичної діяльності, деталізування відповідальності осіб, які порушили вимоги щодо збереження лікарської таємниці стосовно конкретного пацієнта, наявність процедури документального оформлення згоди на медичне втручання, а також правового забезпечення від-

повідальності за неправомірне розголошення інформації, що становить лікарську таємницю [6 – ст. 674].

Серед міжнародно-правових актів, які стосуються сфери прав і свобод, слід відзначити положення статті 12 Загальної декларації прав людини 1949 року, де зазначено, що «ніхто не може зазнавати безпідставного втручання у його особисте і сімейне життя, безпідставного посягання на недоторканість його житла, таємниці його кореспонденції або його честь і репутацію. Кожна людина має право на захист закону від подібних втручань чи посягань». Це ж саме правило визначене в Міжнародному пакті про громадянські і політичні права. Європейська хартія прав пацієнтів 2002 року разом з Декларацією про розвиток прав пацієнтів в Європі встановлюють право осіб на приватність та конфіденційність інформації.

Підсумовуючи викладене, можна констатувати той факт, що українське законодавство потребує подальшого розвитку у питанні дотримання лікарської таємниці. Так, законодавство нашої держави містить норми, які встановлюють юридичну відповідальність за розголошення цього виду таємниці, наприклад, стаття 145 Кримінального Кодексу. Але, на нашу думку, поняття лікарської таємниці слід подавати у законодавстві не через невичерпний перелік видів інформації, що відповідно становлять цю таємницю, а через сукупність об'єктивних її ознак. Таким чином можна буде оптимізувати практику застосування відповідних норм.

Варто проаналізувати досвід інших розвинутих країн, наприклад США та країн ЄС, і виробити для України власну модель захисту лікарської таємниці, яка відповідала б не лише нормам міжнародного права, а й моральним засадам та ментальності українського суспільства. При цьому слід відмітити, що, хоча інформація, яка становить лікарську таємницю має певні характерні риси, не слід надмірно відмежовувати її від інших видів конфіденційної інформації. Таким чином регулювання суспільних відносин у цій сфері буде набагато ефективнішим.

Література:

1. Гиппократ. Избранные книги / перевод с греческ. проф. В. И. Руднева. – М. : Сварог, 1994. – 736 с.
2. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении : от 19.12.1969 г. // Ведомости Верховного Совета СССР. – 1969. – № 52. – Ст. 466.
3. Алієва О. М., Алієва Е. Н. Теоретичні проблеми кримінальної відповідальності за розголошення лікарської таємниці. – 2008. Електронний ресурс: режим доступу: http://liber.onu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/3062/1/2008_10.74-80%2b.pdf
4. Шатковська І.В. Адміністративно-правове забезпечення лікарської таємниці в Україні : дис. – Національний університет біоресурсів і природокористування України Кабінету Міністрів України, 2010.
5. Берг Дж. В. «Говорить или не говорить»: этика и закон о конфиденциальности медицинской информации / Дж. В. Берг // Современное медицинское право в России и за рубежом : сб. науч. тр. / РАН. ИНИОН. Центр социал. науч.-информ. исслед. ; Отд. правоведения ; ИГП Центр эколого-правовых исслед. ; Центр адм.-правовых исслед. ; отв. ред. : Дубовик О. Л., Пивоваров Ю. С. – М. : ИНИОН, 2003. – С. 162-180.
6. Шатковська І. В. Правове регулювання інституту лікарської таємниці (українська історія та міжнародний досвід) / І. В. Шатковська // Форум права. – 2009. – № 3. – С. 669–676

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

Каменсва К.Р.

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМАТИКА ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ

Актуальність теми дослідження визначається зростаючою кількістю випадків порушень лікарської таємниці та їх наслідками, що не може залишатися без уваги вітчизняних правотворців. З огляду на тенденції розвитку сучасної медицини, вирішення проблем попередження випадків розголошення відомостей про стан здоров'я людини стає глобальним невідкладним питанням в сучасному правовому суспільстві, до того ж відсутність чітких механізмів врегулювання та контролюючих порушень визначається як одна із проблем сучасного медичного права[1;7].

Заостанні роки немає жодного випадку притягнення до кримінальної відповідальності за порушення лікарської таємниці, що спричиняє недовіру населення до обслуговування медичними закладами України. Саме несистемність підходу до аналізу чинного законодавства та міжнародних угод з боку правозастосовчих органів, і невідповідність рівня протидії реальним масштабам таких порушень є однією із причин недостатньої ефективності надання медичних послуг в нашій країні[4].

Окремі питання проблематики правового регулювання поняття «лікарська таємниця» висвітлені такими науковцями, як Савицька А., Бедрін Л., Загрядська А., Ширинський П., Коссак В., Смотров О., Майданик Р. та іншими українськими вченими.

Що стосується саме джерел законодавчого регулювання лікарської таємниці, то ними є такі нормативно-правові акти як Конституція України, Цивільний кодекс України, Сімейний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про інформацію», Закон України «Про психіатричну допомогу», Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусомунодифіциту людини (ВІЛ), та правовий соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» та інші законодавчі акти[2].

Аналізуючи нормативно-правову базу, можна визначити низку недоліків та особливостей питання лікарської таємниці, а саме те, що законодавче удосконалення вимагає деталізації порядку доступу до інформації, яка становить лікарську таємницю, а також встановлення визначення вичерпного переліку осіб, які мають право запитувати таку інформацію; випадків, коли медичний працівник зобов'язаний надати запитувані дані на вимогу певних осіб або органів[3]. Водночас, законодавець, визначивши перелік відомостей, які становлять лікарську таємницю та зазначивши, що їх заборонено розголошувати, не визначає, по-перше, випадків, коли таке розголошення є законним, а по-друге, не в повному обсязі деталізує обсяги відомостей, що становлять лікарську таємницю[5;7].

Причинами порушення лікарської таємниці разом із недостатньою і безсистемною правовою регламентацією визнання законодавства і нерозуміння тієї шкоди, яку можна нанести, порушуючи принцип конфіденційності. Ці прогалини в освіті майбутніх і практикуючих лікарів треба вирішувати під час навчання в університеті, проходженні курсів підвищення кваліфікації, на наукових та науково-практичних конференціях.

Беззаперечно, в сучасних умовах виникає необхідність у створенні й прийнятті Медичного кодексу України, який би детально врегулював особливості лікарської таємниці, що підвищило б ефективність даного інституту без остраху майбутніх помилок та зловживань [6].

Таким чином, перед законодавцями лежить завдання допомогти медичним закладам перейти на якісно вищий рівень роботи через вдосконалення медичного законодавства.

Література:

1. Правові аспекти визначення поняття «лікарська таємниця» – А.М. Феденко.
2. Шупик Ю.П., Глушков В.А. О врачебной тайне // Клиническая хирургия. – 1986. – № 11. – С.40-43.
3. Медична практика: організаційні та правові аспекти: Деякі питання дотримання лікарської таємниці. – С. Бартош. №2. – 2013.
4. Чикин С. Я. Современные проблемы биоэтики / С. Я. Чикин.
5. Про Клятву лікаря [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 15.06.1992 р. № 349. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/349/92>.
6. Аргунова Ю. Н. Соблюдение нормы о врачебной тайне: миф или реальность.
7. Ю. Н. Аргунова // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности : материалы 2-й Всеросс. научн.-практ. конф., Москва, 26 марта 2004 г. / под общ. ред. д.ю.н. С. Г. Стеценко. – М. : Юрист, 2004. – с. 56–58.

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

Караулов О.О.,

студент 46 групи

ППОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ ЗЛОЧИНІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Конституція України у статті 49 закріпила право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Саме, злочини у сфері охорони здоров'я посягають на відповідне право особи. Криміналістика та медичне право це дві галузі, що тісно переплітаються між собою. Використання судово-медичної експертизи у розслідуванні злочинів у сфері охорони здоров'я і є проявом спільності даних дисциплін, оскільки як відомо, при застосуванні судово-медичної експертизи виникає необхідність застосування спеціальних знань, зокрема медичних.

Перш ніж говорити про поняття судово-медичної експертизи слід проаналізувати термін судова експертиза.

Так, відповідно до статті 1 Закону України «Про судову експертизу» під судовою експертизою розуміється дослідження експертом на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, які містять інформацію про обставини справи, що перебуває у провадженні органів досудового розслідування чи суду [1, ст. 1].

О. О. Мавед під судово-медичною експертизою розуміє практичну частину судової медицини, необхідну для вирішення медичних та біологічних питань, виникаючих у правоохоронних органів при розслідуванні злочинів [2, с. 266].

Відповідно до Інструкції про проведення судово-медичної експертизи від 17.01.1995 № 6 судово-медична експертиза проводиться з метою дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про об-

ставини справи, яка перебуває в провадженні органів дізнання, слідчого, прокурора чи суду [3, п. 1.1].

До компетенції судово-медичної експертизи належить: експертиза трупів у випадках насильницької смерті; експертиза трупів при підозрі застосування насилля або з інших обставин, що обумовлюють необхідність такої експертизи; експертиза потерпілих, обвинувачених та інших осіб; експертиза речових доказів; експертиза за матеріалами кримінальних і цивільних справ [3, п. 1.4].

Проведення судово-медичної експертизи здійснюється фахівцями державних установ судово-медичних експертиз МОЗ України [3, п. 1.4].

Як зазначає О. О. Мавед основними причинами, які приводять медичних працівників до порушень законодавства України є: неналежне виконання діагностичних заходів (неповні обстеження, анамнез, огляд, неправильна оцінка ознак хвороби); неналежне лікування (неправильне лікування, порушення методики, неправильне виготовлення лікарських препаратів, введення в організм хворого замість показаних ліків інших; перевищення дози ліків; несвоєчасність проведення лікувальних заходів; залишення в організмі хворого при хірургічних втручаннях інородних тіл, порушення санітарно-гігієнічних норм та ін.) [2, с. 271]. Тож, як бачимо причини порушень законодавства України медичними працівниками є досить різними, а тому їх визначення шляхом судово-медичної експертизи із використанням знань у сфері медичного права є необхідним.

Як наголошує вчений, судово-медична експертиза з підозри у професійному злочині медичного працівника призначається після попередньої службової (адміністративної) перевірки, яка доручається прокурором досвідченим спеціалістам відповідної спеціальності і є основою для покарання (або оправдування) медичних працівників [2, с. 271].

Так, як до компетенції судово-медичної експертизи належить експертиза речових доказів, то доцільно було б дослідити її особливості у розслідуванні злочинів у сфері охорони здоров'я. Як зазначає О. О. Мавед, серед речових доказів біологічного походження кров із своїми інформаційними ознаками займає в судово-медичній практиці провідну роль. Як пояснює вчений, інколи зустрічаються випадки зараження інфекціями або іншими захворюваннями пацієнтів через донорські препарати крові, а тому експерт може перевірити кандидатів у донори на предмет відсутності в них різного роду хвороб, місця та режими зберігання крові, транспортних засобів, якими перевозиться кров і її препарати, облік та документацію, яка б відповідала істинним значенням дати забору крові та ін. [2, с. 268]. Тобто, встановивши відповідні дані шляхом проведення судово-медичної експертизи можна виявити чи були якісь порушення чи ні.

Також, важливе значення має дослідження слідів крові. Науковець наголошує на тому, що так як кров можуть брати як судово-медичний експерт, так і лікар (за дорученням слідчих органів) може бути допущена з боку медика помилка. Оскільки не всі лікарі добре знайомі з методикою судово-медичного дослідження крові, вони можуть взяти кров в недостатній кількості або направити її неналежним чином, в результаті чого вона стане непридатною для дослідження. В майбутньому ця помилка може стати основною причиною засудження або незасудження людини [2, с. 269]. Тому, даний процес, на мою думку, повинен контролюватися аби не допустити прорахунків, які можуть призвести до негативних наслідків у процесі розслідування злочину.

На думку вченого допит обвинуваченої особи – медичного працівника в даному випадку, необхідно робити у присутності спеціалістів-медиків, запрошених у якості експертів з інших лікувальних закладів з певним фаховим стажем і кваліфікацією, близькою до кваліфікації підозрюваної особи. Слідчий, який не володіє такими знаннями, обмежений у правильності розуміння пояснень особи, яка і підозрюється у скоєнні злочину медичного характеру [2, с. 270]. Вважаю слушним відповідне твердження, оскільки медична термінологія є дійсно досить специфічною, а неправильне її розуміння може призвести до помилковості висновку.

Таким чином, злочини, що вчиняються медичними працівниками потребують ретельного дослідження і саме після попередньої службової (адміністративної) перевірки проводиться судово-медична експертиза, котра має свої особливості та потребує спеціальних знань з медичного права для того щоб зробити вірний висновок по справі.

Література:

1. Про судову експертизу Верховна Рада України; Закон від 25.02.1994 № 4038-ХІІ [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>

2. Мавед О. О. Використання судово-медичної експертизи у розслідуванні злочинів у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. О. Мавед // Актуальні проблеми держави і права. – 2011. – Вип. 60. – С. 266- 272. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apdr_2011_60_38.pdf

3. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи МОЗ України; Інструкція від 17.01.1995 № 6 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95>

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Олещук А.О.

Касмініна Ю.О.,

студент 46 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

СИСТЕМА ОРГАНІВ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ

Прагнення України до євроінтеграції обумовлює необхідність формування дієвої системи органів ветеринарної медицини, що відповідає б основним міжнародним стандартам та була спроможною ефективно вирішувати завдання, які обумовлені сучасними трансформаційними процесами, як на глобальному, так і на національному рівнях. Різні аспекти даного питання досліджувалися такими науковцями, як В. Горжеев, В. Довгань, Ю. Чабанов та іншими. Проте, ціла низка питань залишилися на сьогодні не дослідженими, а з урахуванням надзвичайної важливості, ветеринарної медицини, зокрема, у сфері захисту здоров'я населення, а також національної безпеки України, особливої актуальності набуває питання специфіки функціонування органів, які становлять систему ветеринарної медицини в Україні.

Метою вказаного дослідження є аналіз особливостей правового регулювання, структури та основних завдань органів ветеринарної медицини в Україні.

Законодавчу базу діяльності органів ветеринарної медицини становлять Конституція України, Закони України «Про ветеринарну медицину» від 25.06.1992 № 2498-ХІІ, «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» від 23.12.1997 № 771/97-ВР, Указ Президента України «Про затвердження Положення про Державну ветеринарну та фітосанітарну службу України» від

№ 464/2011 від 13.04.2011, Постанова Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 10.09.2014 № 442, Постанова Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2015 р. № 667 “Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів”, а також ряд інших підзаконних та відомчих нормативно-правових актів.

У ст. 4 Закону України «Про ветеринарну медицину» визначено органи державного управління сферою ветеринарної медицини. До системи вказаних органів віднесено Кабінет Міністрів України, Міністерство аграрної політики та продовольства України, що виступає центральним органом виконавчої влади з питань аграрної політики, (правовою підставою функціонування є однойменне положення, затверджене Указом Президента України № 500/2011 від 23.04.2011). Окрім того, 13.04.2011 року Указом Президента України № 464/2011 створено Державну ветеринарну та фітосанітарну службу України, яка у відповідності до п. 1 Положення, входить до системи органів виконавчої влади і забезпечує реалізацію державної політики у галузі ветеринарної медицини, безпечності харчових продуктів, сферах карантину та захисту рослин, охорони прав на сорти рослин, державного нагляду (контролю) за племінною справою у тваринництві.

Проте, на сьогодні відбувається формування оновленої системи ветеринарної медицини, тому ефективність здійснення державою завдань у сфері ветеринарної медицини потребує вдосконалення законодавства, уточнення та впорядкування роботи органів управління та реорганізації Держветфітослужби України та утворення на її базі Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, що має поглинути Державну інспекцію з питань захисту прав споживачів і Державну санітарно-епідеміологічну службу, що зазначено у Постанові Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 10.09.2014 № 442. Окрім того, відповідно до Наказу Держветфітослужби України від 18 травня 2015 року №1479, новий державний орган має пройти державну реєстрацію до 12 листопада 2015 року.

Фактично, новий державний орган (Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів) незабаром розпочне свою діяльність, а тому важливо з'ясувати сутність даного органу та сферу його повноважень.

Відповідно до п.3 Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів основними завданнями даного органу у галузі ветеринарної медицини є реалізація державної політики у галузі ветеринарної медицини, сферах безпечності та окремих показників якості харчових продуктів, карантину та захисту рослин, ідентифікації та реєстрації тварин, санітарного законодавства, попередження та зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення; здійснення відповідно до закону державного ветеринарно-санітарного контролю, державного нагляду (контролю) за дотриманням санітарного законодавства, здоров'ям та благополуччям тварин, безпечністю та окремими показниками якості харчових продуктів, неїстівних продуктів тваринного походження, репродуктивним матеріалом, племінною справою у тваринництві, біологічними продуктами, патологічним матеріалом, ветеринарними препаратами, субстанціями, кормовими добавками, преміксами, кормами та іншими об'єктами санітарних заходів, застосуванням санітарних та ветеринарно-санітарних

заходів, профілактичних і протиепідемічних заходів щодо охорони в межах компетенції території України від проникнення хвороб людей, тварин та рослин з території інших держав або карантинних зон [2].

Специфікою системи органів ветеринарної медицини також є те, що її формують також установи, що реалізують наглядові повноваження, проте, не належать до управлінських органів [3, с. 142]. Це стосується, зокрема, Державного науково-дослідного інституту з лабораторної діагностики та ветеринарно-санітарної експертизи, який підпорядкований Держветфітослужбі України, а також державних науково-дослідних контрольних інститутів (наприклад, Державний науково-дослідний контрольний інститут ветеринарних препаратів та кормових добавок). Науково-дослідні інститути сприяють роботі системи органів ветеринарної медицини в науково-методичному та консультативному аспектах [4, с. 8]. Також, особливістю органів системи ветеринарної медицини є направленість їх функцій та безпосередньої компетенції на реалізацію державного ветеринарно-санітарного контролю та нагляду. Окрім того, їх головною ознакою є спрямування на задоволення суспільних потреб, що стосуються сфери охорони здоров'я населення від небезпечних захворювань, загальних для тварин та людей, через гарантування ветеринарно-санітарного благополуччя, а також підтримання відповідної якості та безпеки продуктів харчування [5, с. 27].

Підводячи підсумки, вважаю, що система органів ветеринарної медицини є досить складною, при цьому, чинне законодавство містить певні суперечності, а тому, важливим питанням сьогодення є процес перетворення системи ветеринарної медицини, визначення її основних завдань, деталізації мети її діяльності та вдосконалення структурно-функціонального гарантування діяльності органів, що належать до вказаної системи. Позитивним видається деяка оптимізація органів ветеринарної медицини та створення Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, ефективність діяльності якої стане зрозуміла з часом, та у будь-якому випадку потребує дослідження.

Література:

1. Закон України «Про ветеринарну медицину»// Відомості Верховної Ради України. – № 36. – 1992. – Ст. 531.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2015 р. № 667 “Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів”.- [Інтернет ресурс].- Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/control/ru/cardnpd?docid=248464285>.
3. Дідок Ю. Особливості об'єктно-суб'єктних відносин у сфері державного управління ветеринарною медициною// Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2012. – №3. – С.141-144.
4. Достоевський П., Хоменко В. Етапи реформування та становлення державної ветеринарної медицини України // Ветеринарна медицина України. – 2014. – № 8. – С. 8-11.
5. Чабанова Ю. Організаційно-правові засади державного управління в галузі ветеринарної медицини України// Право України. – 2014. – №7. – С. 27-32.

Науковий керівник: к.ю.н., доц. Батигіна О.М.

Касмініна Ю.О.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Інструментом, який забезпечує соціально-економічний розвиток на регіональному рівні вступає державно-приватне партнерство. Інвестиційне партнерство бізнесу та держави може стати тим механізмом, що дозволить залучити інвестиційні ресурси до багатьох сфер економіки, а також буде сприяти підвищенню ефективності реалізації проектів у цих сферах.

Така форма співпраці як державно-приватне партнерство виникає у тих сферах, за які держава несе відповідальність, це й об'єкти загального користування, реконструкція й ремонт об'єктів загального користування, житлово-комунальне господарство, прибирання територій, освіта та охорона здоров'я. Держава, в деякій мірі не може повністю відмовитися від своєї присутності у названих сферах економіки і повинна зберігати контроль або над майном, або над певним видом діяльності. Для забезпечення підтримки і збереження працездатності об'єктів, які входять до його складу, недостатньо фінансування витрат за рахунок коштів відповідних бюджетів. Потрібне залучення додаткового капіталу, який і надходитиме за рахунок реалізації форм співпраці держави і приватного бізнесу[2,3].

Вказаною тематикою займалися такі науковці, як М. Вілісов, К. Федичева, О. Кузовльов, Д. Карамішев Я. Кузьмінов, С. Сильвестров, О. Вінник, А. Ніколаєв, Л. Рошаль, С. Павлюк, К. Павлюк, С. Антонюк, Т. Саннікова, О. Борзова, Л. Єфімова, Р. Скидельський, М. Дерябіна, Б. Данілішин, А. Кендохов та інші.

Неодноразовий аналіз існуючої законодавчої бази охорони здоров'я України, виконаний фахівцями державних установ і громадських організацій, вказує на те, що окремі правові норми не переглядалися ще з радянських часів. У нових соціально-економічних та політичних умовах формується правовий конфлікт, який підштовхує до виникнення принципових суперечностей у нормативно-правових актах, при цьому ускладнює або взагалі унеможливує їх виконання. Сьогодні законодавство України в сфері охорони здоров'я не представлено спеціальними актами, які регламентують порядок розробки та реалізації проектів ДПП, що стримує розвиток ДПП у галузі охорони здоров'я [4].

Першочергово потрібно зазначити, що кроком до визначення основних положень здійснення ДПП в Україні є прийняття 01 липня 2010 року та введення в дію 31 жовтня 2010 року Закону України «Про державно-приватне партнерство». Згідно ст. 1 вказаного Закону державно-приватне партнерство визначається як співпраця між державою, територіальними громадами, в особі відповідних органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також юридичними особами, крім державних і комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями, що здійснюється на підставі договору в порядку, встановленому Законом або іншими нормативно-правовими актами [1].

Враховуючи розвиток національної стратегії ДПП в охороні здоров'я актуальним є вивчення досвіду європейських країн з питань нормативно-правового забезпечення ДПП. На сьогодні уряди та міжнародні організації країн Європи формують загальноєвропейську нормативну базу для сфери ДПП. Країнами Євросоюзу ухвалено ряд положень у сфері ДПП, що можуть використовуватись під час формування законодавства з питань ДПП у галузі охорони здоров'я України [2]. О.М. Вінник

пропонує таку модель ДПП, як корпоратизація, де відносини між партнерами регулюються статутом компанії та акціонерною угодою [5, с. 19].

Потрібно зазначити, що застосування моделі ДПП в Україні має здійснюватися з метою розвитку соціально-медичної сфери паралельно з моделлю державного фінансування, яка характеризується обмеженістю бюджетних ресурсів і залежить від історичних та інституціональних умов нашої країни. Отже, об'єднання фінансових ресурсів державного і приватного сектора дозволить зосередити більше коштів та ефективніше вирішувати економічні і соціальні завдання у сфері охорони здоров'я. Причому від такого об'єднання у формі ДПП виграють і держава, і бізнес, і суспільство, й окрема особа. Зрештою, це буде базою для покращення якості надання медичних послуг й підвищення рівня умовного здоров'я населення. Широке фінансування та загальне впливання фінансових ресурсів держави і приватних інвесторів у проекти ДПП дозволить вирішити цілий ряд важливих проблем у сфері охорони здоров'я, які зараз існують в Україні. Враховуючи це ДПП істотно збільшить шанси на успіх при реалізації крупних медичних проектів [4]. Об'єднання ресурсів і справедливий розподіл ризиків між сторонами-партнерами дозволить активно залучати інвестиції для реалізації соціально значущих і медичних проектів. Взаємодія державної влади та приватного сектора також дозволить реалізовувати соціально-медичні проекти досить якісно, що, в свою чергу, підвищить якість надання медичних послуг населенню і збільшить рівень управління соціальною інфраструктурою та сприятиме ефективному розвитку медичних закладів державної власності. При цьому механізми ДПП допоможуть ефективно використовувати фінансові ресурси, досвід і професіоналізм приватного сектора при збереженні державного та суспільного контролю над активами. Спільна робота бізнесу, влади та суспільного сектора при реалізації проектів ДПП сприятиме розвитку інноваційних форм проектного менеджменту. У свою чергу, економічний ефект для суспільства від запровадження моделей ДПП у сферу охорони здоров'я полягатиме у тому, що воно отримає якісніші медичні послуги при зменшенні навантаження на бюджет [3,4].

Отже, розбудова державно-приватного партнерства в охороні здоров'я країни можлива лише за умови подальшого вдосконалення законодавства та приведення його у відповідність до норм і принципів міжнародного права, що передбачають чітку і скоординовану взаємодію усіх гілок влади та дружнє до бізнес-партнерства адміністративне середовище.

Література:

1. Закон України «Про державноприватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T102404.html.
2. О. В. Мартякова, І. В. Трикоз. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. – Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу № 1(13)2011. – с.37-43.
3. О.В. Тофанюк, І.Г. Чалий. Застосування механізмів державно-приватного партнерства у бюджетному регулюванні регіонального розвитку. – Економіка та управління підприємствами машинобудівної галузі: проблеми теорії та практики, 2011, № 4(16). – с.41-53.
4. Антонюк С.А. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України на регіональному рівні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dysertaciya.org.ua/disertaciya_1_416.htm.

5. Вінник О. М. Корпоратизація як модель інституційного державно-приватного партнерства / Оксана Мар'янівна Вінник // Право і громадянське суспільство. – 2012. – № 1. – с.15-21

Науковий керівник: д.ю.н., доц. Пашков В.М.

Каунова Т.В.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОЇ ФОРМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Відповідно до чинного законодавства України під закладом охорони здоров'я розуміють юридичну особу будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Отже, лікарня, амбулаторія, поліклінічна установа тощо є лікувально-профілактичними закладами. Винятком є приватно-практикуючі лікарі, зареєстровані як фізичні особи – підприємці (далі – ФОП), які отримали ліцензію на провадження медичної практики, відкрили кабінети, найняли на роботу лікарів з вищою освітою та середній медичний персонал. Кабінети, відкриті ФОП, не створюють юридичної особи, тому медичні кабінети не належать до закладів охорони здоров'я [1].

Медичні заклади всіх форм власності та приватно-практикуючі лікарі у своїй діяльності керуються Конституцією України, законами України, постановами Верховної Ради України, указами Президента України та постановами Кабінету Міністрів України, а також нормативними документами уповноваженого органу управління та іншими нормативно-правовими актами.

Чинним законодавством України передбачено, що медичний заклад будь-якої форми власності має такі права:

- здійснювати господарську діяльність у передбаченому законом порядку. Для здійснення господарської діяльності залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством;
- відкривати та закривати рахунки в Державному казначействі України, установах банків (у тому числі в іноземній валюті);
- мати круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами;
- укладати угоди, у тому числі господарські угоди з підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та підпорядкування, а також фізичними особами відповідно до законодавства;
- набувати майнові та особисті немайнові права, нести обов'язки, бути позивачем, відповідачем або третьою стороною у справах, що розглядаються в судах України, міжнародних та третейських судах;
- користуватися або оперативно управляти наявним майном та не матеріальними активами;
- отримувати компенсацію за збитки, завдані внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом

неконституційними або недійсними (підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду);

- звертатися у порядку, передбаченому законодавством, до центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств і організацій незалежно від форм власності та підпорядкування, для отримання інформації та матеріалів, необхідних для ведення основної діяльності;
- здійснювати співробітництво з іноземними організаціями відповідно до законодавства;
- здійснювати власне будівництво, реконструкцію, капітальний та поточний ремонт основних фондів у визначеному законодавством порядку [1].

Сьогодні вся медична спільнота широко обговорює медичну реформу, щодо якої в середині липня цього року було подано до Парламенту три урядові (ініційовані МОЗ України) і три альтернативні законопроекти, ініційовані народним депутатом України, заступником голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Олегом Мусієм [3].

Щодо урядового законопроекту «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» (реєстр. № 2309а) та альтернативний законопроект за реєстр. № 2309а-1, то обидва законопроекти передбачають реорганізацію закладів охорони здоров'я – бюджетних установ (тобто установ, що повністю утримуються за рахунок бюджету) в державні та комунальні підприємства. Такі підприємства будуть здійснювати господарську діяльність лише у сфері медичного обслуговування на основі відповідних договорів про медичне обслуговування населення, що укладаються з розпорядниками бюджетних коштів [2].

При цьому урядовий законопроект не обмежує форми підприємств для цілей такої реорганізації. Таким чином, він дозволяє перетворення існуючих державних медичних установ як в державні комерційні, так і в казенні підприємства. У свою чергу, комунальні установи підлягають перетворенню в комунальні комерційні або некомерційні підприємства. Реорганізація закладу охорони здоров'я, в тому числі визначення форми підприємства, в яке він перетворюється, буде здійснюватися на підставі рішення органу державної влади чи місцевого самоврядування, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я.

Урядовий законопроект також припускає можливість подальшої корпоратизації комерційних підприємств у сфері охорони здоров'я. Це означає, що заклади охорони здоров'я – бюджетні установи, які будуть реорганізовані в державні чи комунальні комерційні підприємства, потенційно можуть в подальшому перетворюватися в акціонерні товариства (далі – АТ) чи товариства з обмеженою відповідальністю (далі – ТОВ). При цьому 100% акцій/часток в АТ та ТОВ, що утворюються таким чином, мають знаходитися у державній (комунальній) власності, тобто зміни форми власності закладу охорони здоров'я у такому разі не відбуватиметься.

Слід зазначити, що запропонована альтернативним законопроектом класифікація закладів охорони здоров'я за організаційно-правовою формою є дещо нестандартною. Так, наприклад, чинне господарське законодавство не передбачає такої організаційно-правової форми, як державне некомерційне підприємство, що створює питання відносно його правового статусу, в тому числі з точки зору приватизації.

Література:

1. О. Беденко, Правовий статус медичного закладу,- Практика управління медичним закладом № 4/2012
 2. Законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я»
 3. М. Цвенгрош «Реформа системи охорони здоров'я – чим відрізняються пропонувані законопроекти», – Газета «Аптека.ца», 07 серпня 2015.
- Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.*

*Каишальян М.Т.,
студент 43 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЛІСІВ

Ліс – частина екологічної основи держави, адже за роз. І Закону України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» [1, Ст.218]: ліси займають більш як 15,7 відсотка території України (9,58 мільйона гектарів). Також, вони виконують переважно водоохоронні, оздоровчі, захисні та інші функції, які забезпечують потреби суспільства у лісових ресурсах (ч. 2 ст. 1 Лісового кодексу України) [2, Ст. 99]. У зв'язку з цим важливим питанням розвитку держави є охорона лісів, оскільки налічується все більше випадків знищення цього природного об'єкта. Дане дослідження зумовлюється необхідністю детального аналізу законодавства щодо його охорони.

Вивченням окресленого питання займається значна кількість вчених, а саме: Б. В. Кіндюк, Н.Р. Малишева, В. І. Бабенко, М.В. Шульга, О. М. Шумило, П. І. Томиленко та ін.

Відповідно до ч. 1 ст. 1 Лісового кодексу України: ліс визначається як «тип природних комплексів, у якому поєднуються переважно деревна та чагарникова рослинність з відповідними ґрунтами, трав'яною рослинністю, тваринним світом, мікроорганізмами та іншими природними компонентами, що взаємопов'язані у своєму розвитку, впливають один на одного і на навколишнє природне середовище».

Такий природний комплекс повинен охоронятися відповідними суб'єктами, і насамперед державою. Тобто, охорона лісів один із пріоритетних напрямків її діяльності, адже найчастіше нераціональне користування лісовими ресурсами, здійснюване окремими індивідами, призводить до того, що певні лісові екосистеми опиняються на межі зникнення.

Щодо загальнонотеоретичних положень з приводу поняття «охорони лісів», то на думку О.М. Абаніної, воно являє собою запобігання виснаження, забруднення, руйнування лісового комплексу, що здійснюється не тільки шляхом безпосередньої охорони і захисту лісів і всього лісового масиву, а також шляхом охорони від забруднення атмосферного повітря, вод, земель, надр, охорони і регулювання чисельності тваринного світу, організації раціонального використання земель, лісів та заходів по їх відтворенню [3, с.179]. У даному випадку, автор дає широке визначення цього поняття і виходить через призму охорони інших об'єктів навколишнього природного середовища.

Окрім того, у спектрі досліджуваного поняття необхідно звернутися до ряду нормативно-правових актів, які визначають відповідні заходи щодо охорони лісів, органів, які повинні здійснювати таку діяльність, їх повноваження тощо.

По-перше, важливе значення у сфері охорони лісів має гл. 16 Лісового кодексу України, оскільки в ній визначено, що організація охорони і захисту лісів передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на збереження лісів від пожеж, незаконних рубок, пошкодження, ослаблення та іншого шкідливого впливу, захист від шкідників і хвороб (ст. 86), також, положення даного нормативно-правового акту визначають окремі аспекти лісокористування та його безпечного здійснення. Тобто, на законодавчому рівні визначено сукупність окремих елементів щодо охорони лісів, але окремого, чіткого його визначення не має.

По-друге, ліс визначається як тип природних комплексів, у якому поєднуються переважно деревна та чагарникова рослинність, трав'яна рослинність, а отже у даному випадку важливого значення у цьому регулюванні також набуває Закон України «Про рослинний світ» [4, Ст. 198]. Так, ст. 25 визначає, що охорона рослинного світу передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на збереження просторової, видової, популяційної та ценотичної різноманітності і цілісності об'єктів рослинного світу, охорону умов їх місцезростання, збереження від знищення, пошкодження, захист від шкідників і хвороб, а також невиснажливе використання. Тобто, виходячи з даного визначення та із самих положень Закону, можна сформулювати визначення терміну «охорона лісів», який в подальшому буде розкриватися як здійснення комплексу заходів, спрямованих на збереження лісових ресурсів, їх охорону, збереження від знищення, пошкодження, захист від шкідників і хвороб, а також невиснажливе використання.

Отже, питання правової охорони лісів потребує чіткого визначення поняття «охорона лісів», яке буде включати та передбачати усі можливі варіанти втілення у життя такого виду діяльності та розробки дієвої політики у даній сфері, яка слугуватиме фундаментом для екологічної безпеки України, адже забезпечення безпечного використання та відтворення, запобігання і ліквідація негативного впливу господарської та іншої діяльності на лісові ресурси є пріоритетним завданням держави на даному етапі розвитку.

Література:

1. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: закон України від 21.12.2010 р. № 2818-VI // Відом. Верховн. Ради України. – 2011. – №26. – Ст.218.
2. Лісовий кодекс України від 21.01.1994р. № 3852-XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1994. – №17. – Ст.99.
3. Абанина Е. Н. Правовая охрана лесов Российской Федерации: дис.... канд. юрид. наук: 12.00.06 / Елена Николаевна Абанина. – Саратов, 2004. – 179 с.
4. Про рослинний світ: закон України від 09.04.1999р. № 591-XIV // Відом. Верховн. Ради України. – 1999. – №22. – Ст.198.

Науковий керівник: к.ю.н., доц. Троцька М.В.

*Каишальян М.Т.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Актуальність даного дослідження знаходить свій прояв у визначенні необхідності ліцензування лікарських засобів з точки зору захисту своїх приватноправових інтересів та унеможливлення порушення прав на об'єкти інтелектуальної власності у сфері фармацевтики.

Багато вчених досліджують дане питання, зокрема С. Сударіков, А. Нерсесян, О. Вінник, Д. Задихайло, Г. Андрощук, С.Шкляр та ін.

Діяльність, спрямованість якої має медичний характер, потребує особливої кваліфікації та професіоналізму у сфері виробництва та використання ресурсів для забезпечення безпеки життєдіяльності, тому держава повинна встановлювати спеціальний порядок надання дозволів на здійснення окремої діяльності. В Україні такий порядок отримав своє відображення у понятті "ліцензування". Відповідно до стаття 1 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» визначає ліцензію як документ державного зразка, який затверджує право ліцензіанта на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов. Тобто, відповідно до п.1.5 Наказу Міністерства охорони здоров'я про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами: "Ліцензування є засобом регулюючого впливу держави на контроль за додержанням ліцензіатом вимог законодавства у сфері виробництва лікарських засобів."

Однак, аналізуючи законодавство України та стан забезпечення реалізації права інтелектуальної власності у сфері фармацевтики, відображається низький рівень легалізації діяльності із виготовлення, продажу та імпорту лікарських засобів, що не дає можливості для існування високої конкурентоспроможності на медичному ринку.

Також, відбувається використання вже існуючих компонентів окремих видів лікарських засобів з метою створення та продажу препаратів, адже низький стан економічної забезпеченості не дає можливості на розробку новітніх самостійних технологій, що зумовлює порушення права інтелектуальної власності окремих винахідників та унеможливленню забезпечення приватноправові інтереси цих осіб. Це зумовлює необхідність імпортування лікарських засобів, купування відповідних ліцензій на використання вже запатентованих винаходів [1].

Хоча Україна вступила до СОТ і підписала Угоду TRIPS, що стало визначальним кроком на шляху до підвищення рівня забезпеченості права власності та заснувала виключні майнові права, які надають власнику патенту право на обмеження конкурентам можливості використання інновацій, але із-за недосконалісті економічного та правового регулювання сфери ліцензування та патентування винаходів у медичній сфері існує малий відсоток виділення щорічних коштів для запровадження власних інноваційних технологій у фармацевтичній сфері всередині країни. Адже, за даними ВООЗ, витрачається лише 10% щорічних витрат для дослідження у сфері охорони здоров'я[1].

Насамперед, законодавством України встановлено, що підставою видачі дозволу на випуск та реалізацію готового препарату є наявність відповідної матеріально-

технічної бази, кваліфікованого персоналу, а також умов щодо контролю за якістю лікарських засобів та додержання усіх відповідних умов щодо ліцензування даних препаратів, але не відбувається перевірки наявності такого складу лікарських засобів у інших винахідників та можливості використання розробок інших осіб з метою видачі їх за свої. Така процедура перевірок унеможливила б порушення прав на об'єкти інтелектуальної власності у сфері фармацевтики.

Тобто, хоча Україна і стоїть на шляху до високого європейського рівня забезпечення непорушності права інтелектуальної власності у сфері фармацевтики, але їй потрібно враховувати для подальшого розвитку даного питання такі аспекти, як: охорона приватноправових інтересів з питань медицини, унеможливлення видачі патентів на так звані “запозичені” винаходи, створення системи примусового ліцензування лікарських препаратів, яка успішно існує у деяких країнах – учасницях СОТ, розроблення та уведення в дію більш ефективної та дієвої процедури ліцензування винаходів у фармацевтичній сфері, та насамперед, це створення чіткого законодавчого регулювання.

Література:

1. Морщагіна Н.С. Господарсько-правові тенденції розвитку ринку реалізації фармацевтичних виробів // Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого» № 2 (13)-К.: 2013-с.191-200.

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

Кечеджі О.Б.,

студент 24 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО ПАЦІЄНТА

НА ВІДМОВУ ВІД ЛІКУВАННЯ, МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

У ст. 49 Конституції України закріплюється право особи на медичну допомогу. Це також зумовлює наявність права особи на відмову від лікування, медичного втручання. Зокрема це підтверджується аналізом ст. 284 ЦКУ, відповідно до якої право на відмову від лікування виступає невід'ємною складовою права медичної допомоги.

Актуальність дослідження зумовлюється наявністю численних прогалин та колізій у чинному законодавстві, що створює суттєві перешкоди для реалізації права пацієнта на відмову від лікування.

Активно досліджують проблему відмови від лікування та медичного втручання наступні науковці: О. Піщита, Д. Березовський, О. Пунда, Є. Салагаєва, Р. Стефанчук, І. Сенюга, Р. Майданник, Р. Гревцова, Т. Волинець, тощо. Слід зазначити, що у науковій доктрині існує тенденція розрізнення понять «права на відмову від медичної допомоги», «права на відмову від лікування» та «права на відмову від медичного втручання» [1; с. 504]. На законодавчому ж рівні не надано чітких дефініцій та критеріїв щодо розмежування цих понять, доволі часто вони розглядаються як тотожні.

Реалізувати своє право на відмову від лікування пацієнт може лише за таких умов (за ч. 4 ст. 284 ЦКУ тач. 4 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я): 1) пацієнт є дієздатною фізичною особою; 2) пацієнт усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними. Так, друга умова серед іншого дозволяє пояснити немож-

ливість застосування права на відмову від лікування, медичного втручання у сфері психіатрії, зокрема у випадках надання примусової психіатричної допомоги.

Також відповідно ч. 4 ст. 284 ЦКУ третьою умовою визначається, що пацієнт повинен бути повнолітньою особою. У зв'язку з цим виникають наступні питання:

1) Якщо особа набула повної цивільної дієздатності до повноліття, то здавалося б вона не має права на відмову від лікування. А це у свою чергу суперечить ч. 4 ст. 35 ЦКУ, яка передбачає, що повна цивільна дієздатність поширюється на всі цивільні права та обов'язки [2; с. 318].

2) В Основах законодавства про охорону здоров'я взагалі відсутня умова щодо повноліття, тобто ст. 43 Основ повністю узгоджується зі ст. 35 ЦКУ. Тому доцільним було б виключити відповідну умову і з ст. 284 ЦКУ також.

3) Водночас ч. 3 ст. 284 ЦКУ надає неповнолітнім особам право надавати згоду на лікування, водночас ч. 4 ст. 284 їх позбавлено права на відмову від нього [2; с. 319]. Тобто внаслідок співставлення цих норм можна зробити висновок про те, що ненадання згоди на лікування не є відмовою від неї (хоча у науковій доктрині ненадання згоди на лікування все ж розуміється як відмова від медичної допомоги [3; с. 1176]).

Яка ж тоді природа ненадання відповідної згоди? І до яких наслідків призводить її відсутність? Тут, на мою думку, необхідно звернутися до ст. 31 ЦКУ, яка зрештою не включає до обсягу дієздатності неповнолітньої особи права на надання (ненадання) згоди на лікування, медичне втручання. Відповідно необхідним є внесення зміни про неможливість надання згоди (незгоди) на лікування неповнолітньою особою. І ця обставина у свою чергу призведе до узгодження (і логічного, і правового) двох явищ – права на надання (ненадання) згоди на лікування і права відмови від лікування, медичного втручання.

4) Щодо цієї проблеми цікавою є норма, яка міститься у ч. 2 ст. 150 СКУ, що покладає на батьків обов'язок піклуватися про здоров'я дитини. Дитиною ж згідно зі ст. 6 СКУ вважається особа яка не досягла повноліття. Тобто логічноприходимо до думки, що навіть якщо особа набула повної цивільної дієздатності до 18 р., вона залишається дитиною. А отже батьківські обов'язки турбуватися про її здоров'я поширюються на таку особу. І відповідно на практиці може статися ситуація, коли забезпечення піклування про здоров'я дитини вимагає лікування. Тобто щодо неповнолітньої особи, що набула чи не набула повної цивільної дієздатності, батьки мають обов'язок, який у разі ненадання згоди на лікування не може бути виконаний.

Тому, аби зробити правове регулювання цих відносин більш ефективним та менш проблемним, вважаємо за необхідне внести зміни до ч. 4 ст. 284 ЦКУ і передбачити право на надання (ненадання) згоди на лікування лише для дієздатних фізичних осіб, а також зазначити у СКУ, що дитиною не є фізична особа віком від 14 до 18 років, яка набула повної цивільної дієздатності.

Слід також відзначити, що право на відмову від лікування, медичного втручання не є абсолютним правом. Зокрема, відповідно до ч. 5 ст. 284 та ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я згода на лікування не потрібна у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи (при чому законодавством не врегульований перелік таких випадків [1; с. 505]; лише відзначається, що згода у такому випадку не потрібна лише у разі неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників).

Українське законодавство також не регламентує чіткого порядку такої відмов [1; с 505]. Єдина норма, що стосується цього питання викладена у ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я: «Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання – засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.»

Тобто встановлено лише обов'язок лікаря довести інформацію про стан здоров'я пацієнта та дві форми відмови – письмову та усну (з відповідним актом свідчення свідків). На нашу думку, наявність усної форми відмови без чіткого процесуального порядку такої відмови може спричинити використання такого права пацієнта проти його інтересів. Проблеми можуть виникнути також і з письмовою формою відмови, адже не встановлено відповідних вимог до документа, який засвідчить таку відмову. Тож вважаю за необхідне констатувати нагальну потребу у створенні хоча б підзаконного нормативно-правового акта, який би визначав порядок такої відмови.

Таким чином, питання удосконалення законодавчого регулювання права на відмову від лікування, медичного втручання стоять сьогодні дуже гостро, адже існують чисельні прогалини та суперечності, характерна відсутність уніфікованої термінології щодо цих питань. Лише кропітка робота законодавців у цій сфері створить передумови для реальної реалізації пацієнтом свого права.

Література:

1. Булеца С. Б. Відмова від лікування як одне з цивільних прав пацієнта [Текст] / С. Б. Булеца // Актуальні проблеми держави і права, 2012. вип. 66. – С. 504-512.
2. Самофал М. М. Відмова від медичного втручання при наданні медичних послуг дітям: проблеми законодавства і практики / М. М. Самофал // Актуальні проблеми політики : зб. наук. пр. – Одеса : Фенікс, 2012. – Вип.. 45. – С. 317-322.
3. Ніколаєв А. Н., Дзера О. В. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України / А. Н. Ніколаєв, О. В. Дзера. – К. : Юрінком Інтер, 2010. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.twirpx.com/file/660267/>
4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV // Офіційний вісник України. – 2003. – № 11. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
5. Сімейний кодекс України від 10.01.2002 № 2947-III // Офіційний вісник України. – 2002. – № 7. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2947-14/>
6. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/2801-12/>

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

*Кисличенко І.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ГОСПОДАРСЬКА КОМПЕТЕНЦІЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Питання щодо визначення господарської компетенції будь-якого суб'єкта господарювання є одними із центральних у науці господарського права, а з огляду на особливе суспільне значення забезпечення населення лікарськими засобами, господарська компетенція аптечних закладів вимагає постійного наукового дослідження, що й підтверджує актуальність обраної теми.

Відповідно до Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 (ред. від 03.02.2015) дофармацевтичних (аптечних) закладів належать: аптеки, аптечні бази (склади), бази (склади) медичної техніки, бази спеціального медичного постачання, контрольні-аналітичні лабораторії, лабораторії з аналізу якості лікарських засобів, магазини (медичної техніки, медичної оптики). Згідно з цим наказом, аптека – це заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

В наказі ж МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами» від 31.10.2011 № 723 зазначено, що до аптечних закладів належать лише аптечні склади (бази), аптеки та їх структурні підрозділи. У п. 1.3 цього наказу наведені дефініції «аптеки», «аптечного складу», «структурного підрозділу аптеки». Так, аптечний склад (база) – це заклад охорони здоров'я, основне завдання якого полягає в забезпеченні лікарськими засобами інших суб'єктів оптової або роздрібно торгівлі, закладів охорони здоров'я та виробників лікарських засобів шляхом здійснення ним оптової торгівлі; структурний підрозділ аптеки – аптечний пункт, що створений та функціонує разом з аптекою відповідно до законодавства

Тож, на законодавчому рівні під поняттям «аптечні заклади» розуміється вичерпний перелік закладів, що входять до їх числа. Що ж до доктринального визначення цього поняття, то обґрунтованим є поняття, надане В.М. Пашковим, який зазначає, що аптечний заклад – це заклад охорони здоров'я, який діє як суб'єкт господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності або його структурний підрозділ у вигляді аптеки, що, у свою чергу, може мати такі свої структурні підрозділи: аптечний пункт, аптечний магазин та аптечний кіоск, аптечна база (склад), основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами, виробами медичного призначення, іншою фармацевтичною та медичною продукцією. До того ж, автор відокремлює аптечні і фармацевтичні заклади і надає їх дефініцію: «фармацевтичний заклад – це заклад охорони здоров'я, що діє як суб'єкт господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності або негосподарюючий суб'єкт у формі юридичної особи публічного права у вигляді бази (складу) медичної техніки, бази спеціального медичного постачання, контрольні-аналітичної лабораторії, лабораторії з аналізу якості лікарських засобів, магазину медичної техніки та медичної оптики, органу державного контролю якості лікарських засобів, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я

шляхом виконання послуг або робіт фармацевтичного характеру, у тому числі шляхом надання адміністративних послуг»[1, с. 90-91].

Аналізуючи положення статті 55 Господарського кодексу України та напрацювання вчених, можна зробити висновок, що господарська компетенція являє собою сукупність господарських прав і обов'язків, які встановлені чинним законодавством для певного виду господарських організацій. Аптечні заклади реалізують свою господарську компетенцію на основі права власності, права господарського відання, права оперативного управління.

Господарська компетенція, яка включає правоздатність і дієздатність, за своїм змістом є елементарними правовими відносинами і власне визначає особу як учасника правовідносин щодо здійснення аптечної діяльності [2, с. 194].

Загальна господарська компетенція роздрібних аптечних закладів характеризується загальнодозвільним типом правового регулювання, що ґрунтується на загальному дозволі, який встановлює загальні обмеження на здійснення діяльності, пов'язаної з придбанням та реалізацією контрольованих речовин, фальсифікованих, незареєстрованих, субстандартних лікарських засобів. У сфері загальних обмежень діє інший порядок регулювання правовідносин, тобто дозвільний, в тому числі на придбання та реалізацію контрольованих речовин [3, с. 17].

Так, засновниками аптечних закладів можуть бути не лише юридичні особи, зокрема акціонерні товариства, а й фізичні особи-підприємці. Останні наділяються господарською компетенцією за умов отримання повної цивільної дієздатності та отримання спеціального дозволу (ліцензії) на провадження зазначеного виду діяльності. Роздрібні ж аптечні заклади наділяються господарською компетенцією за умов реєстрації юридичної особи, і лише після внесення їх до Єдиного державного реєстру та наділення самостійним балансом (для відокремлених структурних підрозділів, що є платниками податків), а також отримання спеціального дозволу на провадження зазначеного виду діяльності. Для суб'єктів господарювання встановлені законодавством правовідносини з приводу аптечної діяльності не можуть перетворитися на об'єктивну дійсність без спеціальної господарської компетенції його учасників. Підставою виникнення спеціальної правоздатності суб'єктів господарювання, аптечна діяльність яких пов'язана з реалізацією лікарських засобів, можуть бути інші правові акти, до яких належать ліцензії, рішення уповноважених державних органів та закріплення у статутних документах вичерпного переліку дозволених видів діяльності [2, с. 194]. До функцій аптечних закладів відносять: систематичне інформування лікарів та інших медичних працівників про лікарські засоби, зокрема, про способи їх застосування, дозування, можливості заміни тимчасово відсутніх лікарських препаратів; надання інформації населенню про наявність окремих лікарських засобів в інших аптеках та місця розташування найближчих аптек і лікувально-профілактичних закладів; проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, зокрема, про режим зберігання лікарських засобів в домашніх умовах, шкоду самолікування; організація заготівлі лікарської рослинної сировини; надання в необхідних випадках населенню невідкладної медичної допомоги.

Аптека, окрім вищезазначеного, здійснює і постачальницькі функції, зокрема, забезпечує лікувально-профілактичні заклади лікарськими засобами та іншими медичними виробами; здійснює реалізацію лікарських засобів, що виготовлені в аптеці, готових лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичної техніки, допоміжного предмету; виробничу функцію, а саме виготовлення ліків, проведення

лабораторних і фасувальних робіт, контроль якості виготовлених ліків, закупівля та приймання лікарських засобів і виробів медичного призначення, розміщення і зберігання лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Отже, аптечні заклади, створені юридичними особами та фізичними особами-підприємцями, які мають загальну правоздатність щодо діяльності, яка пов'язана з обігом лікарських засобів, повинні легітимізувати свою діяльність шляхом отримання відповідного дозволу (ліцензії) для наділення їх господарською компетенцією, яка є достатньо широкою, охоплює значний спектр правомочностей, і в основному пов'язана з реалізацією лікарських засобів.

Література:

1. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) / В. М. Пашков. – К. : МОРІОН, 2009. – 448 с.

2. Морщагіна, Н. С. Особливості господарської компетенції аптечних закладів [Текст] / Н. С. Морщагіна // Вісник НУ ЮАУ ім. Я. Мудрого. Серія: Економ.теорія та право : зб. наук. пр. / НУ ЮАУ ім. Я. Мудрого. – Х. : Право, 2012. – 2012. № 2 (9). – С. 189-197.

3. Особливості правового регулювання обігу лікарських засобів : автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.04 / В. М. Пашков. – Харків : Б.в., 2004. – 20 с.

Науковий керівник: д.ю.н., доц. Пашков В. М.

Кімлик В.О.,

студент 32 групи

ІЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ІНСТИТУТ ВИЗНАННЯ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ НЕДІЄЗДАТНОЇ В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ

В процесі побудови громадянського суспільства в Україні права людини і громадянина, їх становлення є одними з ключових проблем цілого людства. В цьому контексті недієздатні особи як учасники цивільних правовідносин є найбільш незахищеною верствою населення. Дослідження історичного розвитку цього інституту дозволяє зрозуміти еволюцію розуміння сутності «недієздатності» та виробити сучасну концепцію відносин «держава-особа», яка буде найбільшим чином сприятливою для цієї категорії осіб.

Сам по собі термін «дієздатність» відносно новий. Він був започаткований лише всередині XIX ст. Вперше офіційно воно з'явилося у словнику В.І.Даля 1880 р., а в літературний вжиток потрапило ще раніше – 50-60-і рр. XIX ст. Досі немає одностайної думки щодо його етимологічного походження [1, с.94].

Аналіз наукових досліджень і публікацій вказує на те, що питання недієздатності були порушені в працях М.Х. Хутиз, А.Т. Боннер, А.В. Усталової, С.С. Алексеева, М.Ю. Барщевського, І.М. Пятилетова, К.М. Холдової та ін.

В пам'ятниках права таких осіб називали «душевнихворі», «несповна розуму», «схиблені», «божевільні», «біснуваті» тощо.

Розвиток психіки, психічний стан особи та їх вплив на можливість участі особи у правових відносинах почав турбувати людство з часів виникнення правової системи. Такий висновок можна зробити, якщо звернутись до римського права, яке стало «материнським» щодо практично всіх європейських правових систем. Ідеї

римського права втілюються у цивільному та цивільно-процесуальному праві багатьох держав колишнього СРСР.

Правовий пам'ятник римського права – Закони XII таблиц містив наступні положення: « Якщо людина збожеволіла, то нехай владу над нею самою і над її майном візьмуть її агнати або родичі». Взагалі у римському праві поняття дієздатності у легальному вигляді не існувало, але залежно від віку, стану здоров'я, сімейного стану тощо різнилась можливість здійснювати дії з юридичними наслідками.

Згідно законодавства Юстиніана, «душевнхворі» (недієздатні) особи поділялися на дві групи: 1) особи, розумова діяльність яких повністю відсутня або зведена до мінімуму, і які майже не мають свідомості або не можуть мислити через розлад душевних здібностей; 2) особи, які мають повну розумову діяльність, але вона має хибний напрямок, не можуть вірно розуміти своїх дій тільки тому, що знаходяться під впливом будь-якої упередженої думки, яка змушує їх ухилятися від правильного складу думок.

Слід зазначити, що практично на всіх етапах розвитку державності існував інститут суспільного нагляду над душевнхворими. Характер його законодавчого регулювання був обумовлений ставленням держави, суспільства до душевнхворих, ступенем розуміння підстав виникнення та форм прояву психічних розладів. Організація суспільного нагляду визначалась рівнем розвитку суспільних відносин, становими відмінностями та накопиченнями природно-наукових знань та матеріальними можливостями держави. Початковим було положення, відповідно до якого держава зобов'язувалась опікуватись, а у випадку необхідності, допомагати існувати всім, хто у зв'язку з розумовим станом не здатний виконувати вимоги суспільного порядку. При цьому держава відокремлювала нагляд над душевнхворими від нагляду над іншими категоріями громадян (малолітніх, осіб із фізичними вадами). Це було пов'язано з необхідністю поєднувати процес лікування зі спеціальним лікарським наглядом, з метою охорони як самого душевнхворого, так і суспільства від небезпечних проявів хвороби.

Наприклад, саме за період царювання Федора Олексійовича в 1677 р. був прийнятий перший закон, який стосувався майнових прав душевнхворих. Закон встановлював, що п'яниці та гупі (слабоумні) не можуть вести справи та управляти своїм майном. Однак, позбавляючи душевнхворих цього права, закон не визначив, на кого є право покладатись та хто є відповідальним за майно душевнхворого [2, с.75-77].

Проблеми співвідношення прав людини та правового стану недієздатних почали помітно підійматися у XVIII ст.

Починаючи з найдавніших часів, метою визнання особи недієздатною було збереження її майна, що обмежувало, по суті, лише одну складову дієздатності – правочиноздатність. Розвиток правової думки у цьому напрямку було реалізовано в нормах цивільного законодавства 1922 р., де вперше чітко визначено саме майнові умови визнання особи недієздатною. ЦК УРСР 1963 р., на думку С.Шума, розвинув цю ідею. Так, згідно, Кодексу, громадянин, який визнаний недієздатним, не може самостійно вчиняти правочини, замість нього їх здійснює його опікун [3, с.105].

Через історичний розріз помітно, що з часом відбулася підміна мети визнання особи недієздатною з «нездатність вчиняти угоди» на «нездатність особи користуватись правами людини». Це певним чином суперечить Загальній декларації з прав людини та Конвенції про захист прав людини.

Таким чином, становлення та розвиток інституту правового статусу недієздатних осіб має довгу історію, яка починається з часів Римського права. За часів Київської Русі було встановлено суспільний нагляд відносно «душевнихворих осіб»; Петро I започаткував адміністративний порядок освідудання особи з психічними розладами; «Свод Законів Гражданских» 1818 року запровадив градацію на «безумних и сумасшедших», а також ввів обов'язкову участь «врачебного инспектора»; в кінці XIX на початку XX ст.ст. було встановлено обов'язкову участь у складі комісії, яка проводила освідудання психічнохворої особи, лікаря-психіатра, також цивільне законодавство почало вживати термін «недієздатність»; цивільне та цивільно-процесуальне законодавство 60-х років XX ст. запровадило судовий порядок визнання особи недієздатною з обов'язковим проведенням судово-психіатричної експертизи, який існує і на сьогоднішній день.

Література:

1. С.Шум, Г.Бойченко Правові та процесуальні аспекти визнання особи недієздатною // Форум права. – 2011. – № 1. – С. 94-99.
2. С.Шум, Г.Бойченко Історичний розвиток інституту визнання особи недієздатною // Форум права. – 2011. – № 2. – С. 75-86.
3. С.Шум, Г.Бойченко Історичний розвиток та становлення змісту статусу «недієздатність» та «неправочиоздатність» – [Електронний ресурс] – http://www.lsej.org.ua/4_2014/27.pdf.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Коваленко А.Ю.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

БЕЗОПЛАТНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ

Закріплення на конституційному рівні положення про право громадян на безоплатну медичну допомогу було і залишається предметом гострих дискусій.

Кількість напрацювань науковців та практикуючих юристів щодо переваг та недоліків безоплатної медичної допомоги, її правового регулювання є достатньою. Це, зокрема праці таких вчених та практиків як Шевченко М., Молодико К., Венедіктова І., Хропун Л. та деякі інші. Однак хотілося б більш детально дослідити правову сутність категорії «безоплатна медичної допомога» для того, щоб зрозуміти чи все ж таки гарантує нашим громадянам держава і, що останнім, відповідно, можна від неї вимагати. Поняття медичної допомоги міститься в ряді нормативних актів. На підставі аналізу останніх більшість науковців зазначають, що медична допомога це насамперед комплекс медичних послуг (про це йдеться, наприклад в статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року) спрямований на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями тощо.

Однак, відомо, що послуга становить собою нематеріальне благо яке споживається у процесі вчинення певної діяльності і не має уречевленого характеру. А як тоді бути, наприклад, зі стоматологічною допомогою, зокрема із зубним протезуванням чи звичайним пломбуванням? Зрозуміло, що така діяльність має уречевлений (матеріальний) результат який споживається не в процесі її здійснення, а протягом тривалого часу. Однак, те саме протезування, і на рівні законодавства віднесено до послуг. А саме належність цієї діяльності до послуг передбачила постановка Кабі-

нету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» від 17.09.1996 року.

ми вважаємо, що правильним буде визначити медичну допомогу як комплексну діяльність яка складається не тільки з послуг, а й з робіт. Відповідно до регулювання надання медичної допомоги слід застосовувати, зокрема, норми цивільного законодавства яким регламентується порядок виконання робіт (договір підряду).

Тому на підставі вищезазначеного можна стверджувати, що безоплатна медична допомога складається з сукупності безоплатних невизначених послуг, робіт, а також відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги», включає лікарські засоби, кров та її компоненти і препарати, апаратуру, лабораторні та інші дослідження з використанням наявної матеріально-технічної бази.

Сама ж «безоплатність» медичної допомоги полягає, відповідно до рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 року (справа про безоплатну медичну допомогу), у тому, що в державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Тобто з позиції Конституційного Суду обсяг наданої медичної допомоги (в тому розумінні останньої, що закріплено в статті 49 частині 3 Конституції) не впливає на її оплатність. Така допомога повинна надаватись у повному обсязі, тобто задовольняти потреби людини у збереженні або відновленні здоров'я. З іншого боку постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» від 11.07.2002 року, чітко передбачає види медичної допомоги, що надається безоплатно, а також її обсяги які визначаються на підставі відповідних нормативів. Так, наприклад, до видів безоплатної медичної допомоги вказана постанова не відносить стаціонарну допомогу в разі хронічного захворювання. Крім того ще більшої невизначеності, в аспекті обсягів безоплатної медичної допомоги, вносить інше рішення Конституційного Суду від 25.11.1998 року (справа про платні медичні послуги). В цьому рішенні Конституційний Суд вважає, що вихід з критичної ситуації, яка склалася з бюджетним фінансуванням охорони здоров'я полягає в зміні концептуальних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних із забезпеченням конституційного права на медичну допомогу, – розробці, затвердженні та впровадженні відповідних загальнодержавних програм, в яких був би чітко визначений гарантований державою (у тому числі державним фінансуванням) обсяг безоплатної медичної допомоги всім громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. До того ж ратифікуючи Європейську соціальну хартію (переглянуту) від 3 травня 1996 року, Україна зробила застереження, яким виключила застосування на її території статті 13 зазначеної Хартії, чим відмовилась прийняти на себе обов'язок забезпечити: щоб будь-якій малозабезпеченій особі, яка неспроможна отримати достатніх коштів власними зусиллями або з інших джерел, зокрема за рахунок допомоги по соціальному забезпеченню, у разі захворювання забезпечувався догляд, якого вимагає стан її здоров'я. Хоча дане застереження можна пояснити тим, що Україна не хоче брати на себе витрати з надання медичної допомоги деяким категоріям іноземців (оскільки в хартії живається поняття «будь-яка малозабезпечена особа»), що законодавчо відображено у постанові Кабінету Міністрів України від 19.03.2014 року.

Як бачимо в питанні визначення обсягу безоплатної медичної допомоги не дотримано принципу правової визначеності, як в об'єктивному так і в суб'єктивному розумінні, що, звісно, не є нормальним. Однак оскільки рішення Конституційного Суду від 29.05.2002 року, в якому вказується на не припустимість встановлення меж безоплатної медичної допомоги дає тлумачення норми Конституції (стаття 49) то виходячи з її найвищої юридичної сили ті обмеження обсягів безоплатної медичної допомоги, про які йшлося вище, не відповідають Конституції. Тобто громадяни мають платити лише за так звані медичні послуги другорядного значення основною рисою яких є те, що ненадання таких послуг не створює загрози для здоров'я хворого. Однак саме тут і закладено протиріччя з частиною другою ст. 95 Конституції України, яка передбачає, що «Виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків». Тобто бюджет України має визначений розмір, а медична допомога має надаватися безоплатно незалежно від її обсягу. І це є не логічним. Проте в цьому випадку протиріччя існує між нормами однакової юридичної сили.

Тому видається за необхідне, щоб законодавець конкретно визначив, що ж являє собою в Україні безоплатна медична допомога, і цим самим припинив різноманітні зловживання у сфері від якої найбільшою мірою залежить добробут країни. А саме, ми вважаємо за потрібне доповнити це поняття категорією «роботи», а також чітко визначити гарантований державою обсяг безоплатності такої допомоги. Зрозуміло, що обсяги безоплатності мають існувати, однак вони повинні бути розроблені таким чином, щоб забезпечити достатній рівень здоров'я громадян.

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

*Ковтун Д.,
студент 43 групи
ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ

Інформована згода на медичне втручання тісно пов'язана з природними правами людини тобто правом на життя правом на здоров'я, особисту недоторканність та свободу. Будь-яке лікування людини означає втручання як у її особисте життя, так і у сферу її здоров'я. У всіх випадках втручання у сферу здоров'я людини медичними працівниками, співробітниками наукових лабораторій, дослідницьких інститутів присутній елемент новизни, ризику, тому необхідно мати обґрунтовану правову базу, яка забезпечуватиме гарантований державою захист прав людини на життя, здоров'я й особисту недоторканність. Медичне втручання – це застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини, які допускаються лише у тому випадку, коли не можуть завдати шкоди здоров'ю пацієнта (ст. 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я). У тому випадку, коли медичне втручання пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, воно допускається лише в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується у разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

Питаннями інформованої згоди на медичне втручання з різних позицій опікуються як національні так і закордонні науковці зокрема С.В. Антонов, С.Б. Базаров,

А.Я. Билиця, С.Б. Булеца, О.С. Васильєва, О.С.Жамкова, Н.В. Зайцева, Н.К. Еліна та інші.

Оскільки, сфера охорони здоров'я на сьогодні перебуває у процесі реформування, на мою думку, доцільно звернути увагу на питання юридичної доктрини щодо тлумачення поняття «інформована згода на медичне втручання та критеріїв її правомірності. Отже, під інформованою згодою на медичне втручання варто розуміти добровільне компетентне прийняття пацієнтом запропонованого варіанта лікування що ґрунтується на одержанні ним повної об'єктивної і всебічної інформації з приводу майбутнього лікування його можливих ускладнень й альтернативних методів лікування [3].

Окрім визначення поняття інформована згода на медичне втручання доцільно звернути увагу на її правомірність. Отже, вона вважається правомірною якщо відповідає таким умовам: а) згода повинна бути дійсною тобто отриманою в осудної і дієздатної особи або її законних представників, і ні в якому випадку не під примусом чи шляхом обману; б) згода повинна бути своєчасною, тобто має бути отриманою до виконання операції, діагностики, застосування нових лікарських засобів чи методів профілактики й лікування; в) згода дається на проведення перевіреного науково виправданого методу лікування або діагностики а якщо такого не існує то хворий повинен отримати інформацію про можливість застосування експериментальних методів медичного втручання можливі наслідки застосування такого методу; г) згоду слід давати добровільно, без переслідування суспільно небезпечних цілей. Отже, інформована згода на медичне втручання, буде вважатися такою, що відповідає законодавству тільки у тому випадку, якщо будуть дотриманні усі вищевказані умови [1, с.134].

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

У нашому законодавстві немає уніфікованого підходу щодо оформлення згоди і відмови від медичного втручання. В Основах передбачено лише закріплення відмови від втручання, а саме – письмове підтвердження або відповідний акт у присутності свідків. Але таке визначення не має особливого практичного значення, оскільки відсутня чітка нормативна регламентація, зокрема підтвердження чи відповідний акт, але які? Таке законодавче положення у практичній діяльності медичного працівника породжує багато колізій і проблем. На мою думку, і згоду, і відмову від медичного втручання потрібно оформляти у письмовій формі через закріплення їх у додатку до історії хвороби. Було б доцільним спільними зусиллями медиків і юристів розробити примірний текст додатку до історії хвороби на згоду та відмову від медичного втручання. Також хочеться підкреслити необхідність закріплення належного порядку оформлення згоди і відмови від втручання на законодавчому рівні, що стане надійною гарантією дотримання і поваги до прав і гідності людини [2, 612].

Зазначений документ повинен позитивно впливати на відносини між лікарем і пацієнтом, сприяти формуванню взаємної поваги і довіри та взаємовідповідальності за прийняте рішення. Такий додаток повинен стати одним цілим з історією

хвороби, яка має важливе лікувально-діагностичне, науково-практичне, виховне і, звичайно, дуже важливе юридичне значення.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2010 р. №110 було затверджено форму інформованої добровільної згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення. Однак інструкція щодо заповнення цієї форми, вказує на її використання лише при необхідності оперативного втручання, яке очевидно не вичерпує поняття медичного втручання. Таким чином, було б доцільно розробити більш універсальний варіант форми інформованої згоди та зазначити на законодавчому рівні повний перелік випадків, коли таку згоду необхідно отримувати у письмовій формі.

Література:

1. Стеценко С.Г. Медичне право України: підручник /С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта ; за загред. л-ра юрид. Наук, проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукр. асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

2. Сакало В.О. Інформована згода на медичне втручання : біотичний аспект / В.О. Сакало // Форум права. – 2012р. – №2. – с.609 – 613

3. Сенюта І.Я. Інформована добровільна згода пацієнта / І.Я. Сенюта // Інтернет видання «Юриспруденція онлайн». Електронний ресурс. [Режим доступу]: <http://www.lawyer.org.ua/?w=r&i=&d=672>.

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

Козаченко Т.,

студент 46 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ ЗМІНИ КРИТЕРІЇВ І СТАНДАРТІВ АКРЕДИТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Сьогодні актуальною є проблематика якості та безпеки надання медичної допомоги. Значну роль у забезпеченні цих чинників відіграє акредитація закладів охорони здоров'я.

Питання нормативно-правових аспектів акредитації закладів охорони здоров'я висвітлювали у своїх наукових працях Сільченко Т., Виноградов В., Слабкий Г., Петриченко О., Лупей-Ткач С., Гладун С. та ін.

До нормативно-правових актів, які регламентують порядок, критерії і стандарти акредитації закладів охорони здоров'я відносяться:

- Порядок акредитації закладу охорони здоров'я. Затверджений постановою КМУ №765 від 15 липня 1997 р. (у редакції постанови КМУ від 17 грудня 2012 р. № 1216);

- Наказ МОЗ України №142 від 14.03.2011 р. “Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я”;

- Стандарти державної акредитації лікувально-профілактичних закладів. Затверджені Наказом МОЗ України №142 від 14.03.2011 р.;

- Критерії державної акредитації закладів охорони здоров'я. Затверджені Наказом МОЗ України №142 від 14.03.2011р. (зі змінами наказом МОЗ № 1116 від 20.12. 2013 р.);

- Наказ МОЗ України №1116 від 20.12.2013р. “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»;

- ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги.» [4].

Акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам [5].

Метою акредитації є офіційне визнання наявності у закладах охорони здоров'я умов для надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги. Акредитація закладів охорони здоров'я дає змогу визначити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам і правилам. [1].

Акредитації підлягають всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності.

Перша акредитація закладу проводиться через два роки від початку провадження діяльності. Наступні акредитації проводяться кожні три роки. У випадку тимчасового припинення діяльності акредитованим закладом на строк понад один рік його наступна акредитація проводиться через два роки з моменту поновлення діяльності у сфері охорони здоров'я.

Акредитацію закладів, крім фармацевтичних (аптечних) закладів, проводить Головна акредитаційна комісія, а акредитацію фармацевтичних (аптечних) закладів – Головна комісія з акредитації фармацевтичних (аптечних) закладів, що утворюються при МОЗ, та акредитаційні комісії, що утворюються при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій [5].

Прийнятий 20 грудня 2013 р. Міністерством охорони здоров'я України наказ «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» № 1116 (далі – наказ № 1116) вніс значні зміни до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я та Стандартів акредитації лікувально-профілактичних закладів (затверджених наказом МОЗ від 14 березня 2011 р. № 142). Наказ № 1116 набув чинності з 17 січня 2014 р.

Зокрема, наказом № 1116 змінено порядок визначення акредитаційних категорій, що присвоюються тому чи іншому закладу: тепер буде враховуватись вид медичної допомоги (первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована)), що надається тим чи іншим закладом.

Відтепер заклади, які надають вторинну та третинну медичну допомогу та претендують на отримання вищої акредитаційної категорії, повинні мати сертифікат про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000. Відсутність такого сертифіката може стати підставою для відмови у присвоєнні закладу вищої акредитаційної категорії.

ISO 9000 – це міжнародні стандарти, що описують вимоги до системи менеджменту якості. Національний стандарт, що відповідає ISO 9000, – ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Сертифікат ISO 9001 – це офіційний документ, який підтверджує той факт, що заклад (підприємство, установа) дійсно працює відповідно до вимог міжнародного стандарту [2].

Наказом МОЗ України від 14.03.2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» визначено, що стандарти державної акреди-

тації закладів охорони здоров'я – це вимоги до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я.

На основі стандартів акредитації проводиться експертиза відповідності закладу будь-якої форми власності встановленим критеріям шляхом оцінювання досягнення стандартів по кожному пункту (підпункту).

Оцінці підлягають тільки ті стандарти державної акредитації, які відповідають профілю закладу та виду лікувально-профілактичної допомоги, яка надається закладом [3, с. 81].

Зміни у стандартах полягають у відображенні в стандартах вимог підзаконних нормативних актів щодо деяких спеціалізованих служб закладів, зокрема роботи із питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу (встановлено вимогу про наявність у закладі фармако-терапевтичної комісії, в складі якої є клінічний провізор або інша уповноважена особа з питань забезпечення закладу лікарськими засобами), функціонування служби крові (питання донорства, зберігання, транспортування крові та її компонентів, обліку тощо), а також з приводу застосування фармакоterapiї (зокрема вимоги про наявність у закладі локального формуляра лікарських засобів для первинної допомоги та його доступність для лікарів закладу). Служба крові закладу за новими стандартами іменується трансфузійною допомогою [2].

Отже, Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 грудня 2013 р. № 1116 були внесені значні зміни в критерії та стандарти акредитації закладів охорони здоров'я. Слід погодитись з Сільченко Т. : сертифікація за стандартами міжнародного рівня має значні переваги: зрозумілий і чіткий розподіл відповідальності та повноважень, досягнення стабільних фінансових показників і підвищення ефективності виробництва, зміцнення ділової репутації. У той же час, сертифікація потребує значних фінансових вкладень, які для бюджетних закладів за нинішніх умов неможливі.

Література:

1. Кондратюк Н.Ю. Нормативно-правове регулювання та основні етапи акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>

2. Сільченко Т. Медичні заклади будуть акредитуватись по-новому. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.felix.kh.ua/assets/files/publication/2014.03.20.pdf>

3. Слабкий Г.О., Петриченко О.О., Лупей-Ткач С.І. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1 (25). – С. 79 – 84

4. Львівський юридичний медичний клуб: перелік нормативно-правових актів з акредитації Закладів охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://pravomedprof.blogspot.com/p/blog-page_5548.html

5. Порядок акредитації закладу охорони здоров'я. Затверджений постановою КМУ №765 від 15 липня 1997 р. (у редакції постанови КМУ від 17 грудня 2012 р. № 1216) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF>

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.

*Кононенко В.М.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПИТАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ ТА ПРИЧИН ЇЇ ВИНИКНЕННЯ

Надання медичної допомоги є тим ядром відносин між лікарем і його пацієнтом, навколо якого формується уся багатогранність медицини та охорони здоров'я в цілому. Зрозуміло, що лікар, який добросовісно намагається допомогти хворому, при цьому, однак, не застрахований від негативного результату. Адже навіть найкращі методи лікування не забезпечують його стовідсоткової ефективності. Більше того, наслідками медичних втручань інколи є різної важкості ускладнення, які мають назву ятрогенних.

У медичній літературі під лікарською помилкою часто розуміють дії(бездіяльність) лікаря, що мають у своїй основі недосконалість сучасної медичної науки, об'єктивні умови роботи, недостатню кваліфікацію або нездатність використовувати наявні знання. Головна відмінність від інших дефектів лікарської діяльності полягає у виключенні умисних злочинних дій – недбалості та халатності, а також неущтвта» [1, с. 2].

Причини виникнення лікарських помилок можуть бути об'єктивними, тобто вони не залежать від лікаря, та суб'єктивними. Суб'єктивні причини виникнення лікарських помилок криються в надзвичайній складності лікарської (медичної) професії, нестачі досвіду, професійній некомпетентності, вузькій спеціалізації, відсутності навичок і знань з діагностики захворювання, ігноруванні або невмілому використанні анамнезу життя та хвороби, великій довірі до сучасних медичних технологій, помилковому трактуванні клінічних даних та оцінки лабораторного й інструментального дослідження, недооцінці тяжкості стану та можливості розвитку ускладнень, неправильному формулюванні діагнозу, власній хворобі самого лікаря, його сильної перевтоми, алкогольному або наркотичному сп'янінні, невикористанні консультацій більш досвідчених фахівців або консилиуму, недоліку у взаєминах лікаря і хворого: відсутність підтримки, розуміння, поваги, співчуття, невміння домогтися повної довіри хворого, відсутність індивідуального підходу до хворого («усереднений підхід»), недостатня наступність різних медичних установ, неналежне ведення медичної документації [1, с. 5].

До помилок, що спричинені об'єктивними факторами, відносяться дії (бездіяльність) медичних працівників, що не порушують встановлені законом та підзаконними актами правила, але заподіяли шкоду здоров'ю пацієнта чи його смерть внаслідок: недосконалість медичної науки на даному етапі її розвитку; несприятливих умов або обставин здійснення медичного втручання; об'єктивних труднощів діагностики деяких захворювань; атипового розвитку захворювання, індивідуальних аномалій анатомічної будови тіла чи функціонування організму пацієнта; алергічних реакцій, які неможливо було передбачити при стандартному медичному втручанні (діагностуванні чи лікуванні) [2, с. 101].

Особливим видом лікарської помилки слід вважати ятрогенії. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10, під ятрогенією слід розуміти будь-які небажані та несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності, інвалідності чи смерті; ускладнення медичних заходів, які розвинулися внаслідок як правильних, так і неправильних дій лікаря [3, с. 24].

Відомою є класифікація професора В. В. Некачалова, у якій визначається три типи ятрогеній: 1. Патологічні процеси, реакції, які патогенетично не пов'язані з основним захворюванням чи його ускладненнями та не відіграють істотну роль в загальній оцінці випадку. 2. Патологічні процеси, реакції та ускладнення, зумовлені медичним впливом, що проведений за показаннями та виконаний правильно. 3. Патологічні процеси, незвичні смертельні реакції, в тому числі зумовлені неадекватними, помилковими чи неправильними медичними діями, які стали причиною летального наслідку [3, с. 24].

Ми підтримуємо думку В. В. Синиці, що доцільним було б і впровадження обов'язкового страхування ризику професійної відповідальності медичних працівників. Така практика є поширеною у багатьох країнах з розвинутою медициною. Адже, з одного боку, лікарі та заклади охорони здоров'я не відчують над собою постійного «дамоклевого меча» матеріальної компенсації пацієнту за шкоду, спричинену його здоров'ю внаслідок лікування, і можуть більш адекватно оцінювати всі ризики і переваги обраного методу. З іншого ж боку, це дасть пацієнтові можливість більш ефективно і повно реалізувати своє право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди, яке задеклароване у ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я [3, с. 25].

Таким чином, причини виникнення лікарських помилок можуть бути об'єктивними, тобто вони не залежать від лікаря, та суб'єктивними. Необхідно докласти зусиль, щоб досягти максимального чіткого розмежування ситуацій, в яких дефект надання медичної допомоги спричинений об'єктивними факторами, безвини лікаря, а які за своєю суттю є правопорушеннями. Шляхом удосконалення правового регулювання може бути впровадження обов'язкового страхування ризику професійної відповідальності медичних працівників, це надасть можливість більш ефективно і повно реалізувати своє право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.

Література:

1. Білецька Г. А. Причини виникнення медичних помилок в медичній практиці на сучасному етапі / Г. А. Білецька // Теорія і практика правознавства. – 2015. – № 1(7). – С. 1-11.
2. Титикало Р. С. Лікарська (медична) помилка: медичне та правове поняття / Р. С. Титикало, Т. В. Гандзій // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2014. – № 3. – С. 99-103. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Npna_u_2014_3_21.pdf
3. Синиця В. В. Шкода, спричинена лікуванням: деякі медико-правові аспекти / В. В. Синиця // Адвокат. – 2012. – № 3. – С. 24-26. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/adv_2012_3_4.pdf

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

*Конотон Д.С.,
студент 35 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

СУБ'ЄКТИ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Стаття 49 Конституції України закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та гарантує розвиток медичних закладів всіх форм власності. У науковій доктрині, відносини з надання медичних послуг відносять до предмету цивільного регулювання. Дослідженням правового регулювання договорів про надання медичних послуг займалися такі науковці як Шевчук С.С., Тихомиров О.В., Нагорна С. В., Крилова О. В., Майданик Р. А. та багато інших. Договір про надання медичних послуг є цивільно-правовим договором, який є підставою виникнення правовідносин у сфері надання медичних послуг.

За договором надання медичних послуг одна сторона (медична організація) зобов'язується надати, а друга сторона (пацієнт) оплатити та прийняти дані послуги, які спрямовуються на зміцнення здоров'я пацієнта, відповідно до умов зазначених у договорі. До договору про надання медичних послуг застосовуються положення глави 63 Цивільного кодексу України. Отже, у договорі про надання медичних послуг фігурують дві сторони медичний заклад та пацієнт. Лікар медичного закладу, який безпосередньо здійснює медичне втручання перебуває поза суб'єктивним складом даного договору. Лікар є представником медичної установи. У статті 1 Етичного кодексу лікаря закріплено, що лікар (медичний працівник) – фахівець-професіонал, який на підставі здобутих знань і опанованих умінь наділений необхідними повноваженнями для здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я. Пацієнт – це особа, здоров'я та життя якої захищає лікар, або який він надає медичну допомогу, або чий інтереси представляє відповідно до діючого законодавства України.

Договір про надання медичних послуг складається з таких основних частин, як інформаційна, умовна, цінова, зобов'язальна. У інформаційній частині зазначається інформація про ризики, які можуть виникнути в результаті виконання медичних послуг, місце, а найголовніше особу, яка буде надавати зазначені послуги. Також повинна бути розміщена інформація у формі визначень всіх необхідних медичних термінів для пацієнта, який не є фахівцем у галузі медицини. Відповідно до, статті 15 Закону України “Про захист прав споживачів” кожному споживачеві забезпечується надання необхідної, вчасної, достовірної, доступної інформації про послугу, що дає можливість свідомого та компетентного вибору. Інформація пацієнту повинна надаватися до замовлення відповідної послуги. Медичні послуги відносять до ризикових правочинів через те, що пацієнту дуже складно оцінити ті послуги, які він отримає в результаті придбання їх у медичному закладі. Поінформованість пацієнта є однією з найголовніших умов договору про надання оплатних медичних послуг.

У умовній частині розміщується інформація про пацієнта та виконавця, а також найменування послуги, яка буде надаватися пацієнту. Ця інформація становить предмет договору. Також зазначається відомості про якість медичної послуги. Пацієнт ознайомлюється з усією медичною документацією, таким чином забезпечується право особи на інформацію про стан її здоров'я. Медичний заклад повинен отримати згоду особи на медичне втручання, яка оформлюється в усній чи письмовій формі. У невідкладних випадках згода на медичне втручання не обов'язкова. Особа виконавця має досить велике значення для пацієнта, адже професійна компетенція

різних фахівців (лікарів) суттєво відрізняється. Медичні заклади окремо повинні передбачати у договорі про надання медичних послуг, можливість залучення третіх осіб до надання як медичних, так і сервісних послуг. Особа замовника послуги та одержувача послуги (пацієнта) повинна чітко вказуватися у договорі. Адже у цивільному праві дозволено укладати договори на користь третьої особи. Споживачем медичної послуги є конкретна, визначена особа.

У ціновій частині зазначається обов'язок замовника оплати у повному обсязі послугу, яка була надана виконавцем. У зобов'язальній частині зазначаються права та обов'язки сторін договору про медичні послуги, а також відповідальність сторін за невиконання чи неналежне виконання умов договору. Зокрема, замовник має право на замовлення та отримання медичної послуги у відповідній медичній установі, ознайомитися з тарифами на послуги. Виконавець має право зберігати і використовувати відповідно до закону інформацію про пацієнта та надати послугу пацієнту, також у договорі зазначаються випадки відмови медичного закладу від надання медичних послуг.

Договір про надання медичних послуг є консенсуальним та двостороннім. Вважається укладеним після досягнення згоди щодо всіх умов договору сторонами. Даний правочин спрямований на покращення здоров'я пацієнта, а також для досягнення інших умов передбачених у договорі, тому повинна гарантуватися безпека проведення медичної послуги. Виконавцю послуги заборонено здійснювати медичне втручання, якщо виконавець не зможе здійснити належний медичний вплив та гарантувати безпеку медичної послуги пацієнту. Безпека медичної послуги забезпечується в процесі її надання, тому лікар повинен бути впевнений, що його медичне втручання не призведе до більшої шкоди.

Отже, при укладенні договору про надання медичних послуг у більшості випадків сторони цього договору допускають помилки, наприклад, договір не укладається у двох примірниках чи пацієнт не пред'являє документ, що засвідчує його особу. Адже найбільш поширеним способом укладення договору є підписання пацієнтом готового формуляру, який надається медичним закладом. Таким чином пацієнт своїм підписом повністю приєднується до умов договору. Тому укладення договору, який містить правові помилки, може мати негативні наслідки, у тому числі не можливість притягнення винного суб'єкта договору до відповідальності. На мою думку у Цивільному кодексі України потрібно виокремити окрему главу, яка б була присвячена суто договорам про надання медичних послуг. У главі закріплювалося поняття "договору про надання медичних послуг", основні права та обов'язки сторін, а також відповідальність суб'єктів за договором.

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

*Кочеткова К.І.,
студент 4 курсу
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ГАРАНТІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ДОСТУПУ ДО ЕКОЛОГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Здоров'я населення залежить від стану навколишнього природного середовища. Тому кожен має невід'ємне право на отримання екологічної інформації.

Право доступу до екологічної інформації досліджується багатьма вченими. Серед них І. Боровська, Н. Р. Кобецька, К. В. Шурупова, С. М. Романко, І. П'ятковська, З. Козак, Л. П. Полякова, Л. Ю. Гордієнко, Г. Л. Смолян, Ю. Шемшученко та ін.

Конституція України кожному гарантує право вільного доступу до інформації про стан довкілля, а також право на її поширення. Така інформація не може бути за-секречена (ст. 50). Відповідно до ст. 9 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» від 25.06.1991 № 1264-ХІІ (далі – ЗУ «Про ОНПС») одним із екологічних прав громадян України є право вільного доступу до інформації про стан навколишнього природного середовища (далі – НПС) (екологічної інформація) та вільного отримання, використання, поширення та зберігання такої інформації, за винятком обмежень, встановлених законом. Законодавець у ст. 25 ЗУ «Про ОНПС» наводить широкий перелік інформації, яка належить до екологічної, наприклад, інформація про стан НПС чи його об'єктів та рівні їх забруднення; джерела, фактори, матеріали, речовини, продукцію, енергію, фізичні фактори, які впливають або можуть вплинути на стан навколишнього природного середовища та здоров'я людей.

Відповідно до загальнотеоретичних положень гарантіями прав людини є система загальних (політичних, соціально-економічних, духовних та ін.) і спеціально-юридичних засобів та інститутів, спрямованих на сприяння реалізації прав людини, а також забезпечення їх всебічної охорони та захисту [1, 212]. Аналіз чинного екологічного законодавства України дає підстави визначити наступні гарантії реалізації права доступу до екологічної інформації.

1. Створення та функціонування мережі загальнодержавної екологічної автоматизованої інформаційно-аналітичної системи забезпечення доступу до екологічної інформації (п. є ч. 1 ст. 10 ЗУ «Про ОНПС»). Відповідно до п. 1 Національного плану дій з охорони навколишнього природного середовища на 2011-2015 роки, затвердженого розпорядженням КМУ від 25.05.2011 № 577-р передбачається підготовка проекту акта КМУ щодо затвердження Положення про загальнодержавну автоматизовану інформаційно-аналітичну систему забезпечення доступу до екологічної інформації та місцевих екологічних автоматизованих інформаційно-аналітичних систем. Таке Положення було розроблено у 2011 році, проте, наразі воно так і не набуло чинності. Тобто, вищезазначена мережа екологічної автоматизованої інформаційно-аналітичної системи не створена.

2. Здійснення державного моніторингу НПС. Його метою є забезпечення збору, обробки, збереження та аналізу інформації про стан НПС, прогнозування його змін та розробки науково обґрунтованих рекомендацій для прийняття ефективних управлінських рішень в Україні (ч. 1 ст. 25 ЗУ «Про ОНПС»). Порядок здійснення моніторингу НПС визначається Положенням про державну систему моніторингу довкілля, затвердженого постановою КМУ від 30.03.1998 № 391. Також цей Порядок в п. 4 визначає суб'єктів, на які покладено повноваження по здійсненню моніторингу НПС. До них належать: Мінагрополітики, Мінприроди, ДАЗВ, Держ-

геонадрами, Мінрегіоном, ДКА, а також ДСНС, Держсанепідслужбою, Держлісагентством, Держводагентством, Держгеокадастром та їх територіальні органи, підприємства, установи та організації, що належать до сфери їх управління, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації, а також органи виконавчої влади АРК з питань охорони НПС. Таким чином, законодавством передбачено порядок здійснення моніторингу НПС, а також перелік суб'єктів, які уповноважені на його проведення.

3. Екологічне інформаційне забезпечення. Воно здійснюється органами державної влади та місцевого самоврядування в межах їх повноважень шляхом: а) підготовки Мінприроди, і подання на розгляд ВРУ щорічної Національної доповіді про стан НПС в Україні, а після її розгляду останньою – опублікування окремих видань та розміщення в системі Інтернет; б) щорічного інформування Радою міністрів АРК, обласними державними адміністраціями, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями відповідних рад та населення про стан НПС відповідних територій; в) систематичного інформування населення через ЗМІ про стан НПС, динаміку його змін, джерела забруднення, розміщення відходів чи іншої зміни НПС і характер впливу екологічних факторів на здоров'я людей; г) негайного інформування про надзвичайні екологічні ситуації; д) забезпечення вільного доступу до екологічної інформації, яка не становить державної таємниці і міститься у списках, реєстрах, архівах та інших джерелах (ст. 25-1 ЗУ «Про ОНПС»). Отже, на органи державної влади та місцевого самоврядування широкий спектр обов'язків щодо забезпечення екологічного інформування населення.

4. Право отримання екологічної інформації за запитами на інформацію. Законодавством встановлено, що відповідь на запит на інформацію повинна бути надана, за загальним правилом, не пізніше 5 робочих днів з дня отримання запиту (але при цьому встановлюються виключні випадки можливості продовження цього строку) (ст. 20 ЗУ «Про доступ до публічної інформації» від 13.01.2011 № 2939-VI). Інформація у такий спосіб надається безкоштовно (ст. 21 ЗУ «Про доступ до публічної інформації»).

5. Відповідальність за порушення права доступу до екологічної інформації. За порушення цього права особи можуть нести кримінальну (за приховування або перекручення відомостей про екологічний стан або захворюваність населення – ст. 238 КК України від 05.04.2001 № 2341-III), адміністративну (за відмову від надання чи несвоєчасне надання екологічної інформації – ст. 91-4 КУпАП від 07.12.1984 № 8073-X та за порушення права на інформацію – ст. 212-3 КУпАП), дисциплінарну та цивільно-правову відповідальність. Законодавець передбачає перелік правопорушень за порушення законодавства про доступ до публічної інформації: 1) ненадання відповіді на запит; 2) ненадання інформації на запит; 3) безпідставна відмова у задоволенні запиту на інформацію; 4) надання або оприлюднення недостовірної, неточної або неповної інформації; 5) несвоєчасне надання інформації; (ст. 24 ЗУ «Про доступ до публічної інформації») тощо.

Таким чином, держава не тільки закріпила на законодавчому рівні право доступу до екологічної інформації, але й встановила систему гарантій цього права для належного і своєчасного забезпечення його реалізації. Певні гарантії, зокрема створення та функціонування мережі загальнодержавної екологічної автоматизованої інформаційно-аналітичної системи забезпечення доступу до екологічної інформації, потребують подальшого доопрацювання. Проте, загалом національна

система гарантій реалізації права доступу до екологічної інформації має належне законодавче підґрунтя.

Література:

1. Теорія держави і права у схемах і таблицях: навч. Посіб. / О. Р. Дашковська, Г. О. Христова та ін.; За ред. д-ра юрид. Наук, проф., акад. НАПрН України О. В. Петришина. – Харків: «Юрайт», 2012. – 256 с.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М. В.

Кочеткова К.І.,

студент 4 курсу

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПОРЯДОК РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА

НА САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ УЧАСНИКІВ АТО

Україна як соціальна держава забезпечує кожному право на охорону здоров'я. Дане право є багатоаспектним і одним із його проявів є забезпечення населення санаторно-курортним лікуванням. Враховуючи наявну ситуацію в Україні, актуальним питанням є забезпечення санаторно-курортним лікуванням саме учасників антитерористичної операції (далі – АТО).

Законом України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» від 28.12.2014 № 80-VIII передбачено бюджетну програму «Забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням». На неї виділено 22 453,8 тис. грн. Санаторно-курортним лікуванням (далі – СКЛ) відповідно до п.1.2 Положення про організацію роботи санаторно-курортних закладів Збройних Сил України, затверджене наказом Міністерства оборони України від 23.06.2014 № 411 є комплекс лікувальних факторів, які застосовують у санаторіях. До них відносяться застосування фізичних методів лікування, санаторний режим, дієтотерапія, лікувальна фізкультура, психотерапія, фармакотерапія, а також деякі інші види медичних послуг (стоматологічні, косметологічні) тощо.

Вищезазначена Програма спрямована на забезпечення СКЛ осіб, які постраждали під час проведення АТО та яким встановлено статус учасника бойових дій чи інваліда війни відповідно до п. 19 ч. 1 ст. 6 та п. 1 ч. 2 ст. 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 № 3551-XII (п. 1 Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням, затвердженого постановою КМУ від 31.03.2015 № 200 (далі – Порядок 1)). До таких осіб належать: 1) військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовці військових прокуратур, особи рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Державної пенітенціарної служби України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її про-

ведення; 2) військовослужбовці, особи вільнонайманого складу, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час захисту Батьківщини, виконання інших обов'язків військової служби, пов'язаних з перебуванням на фронті в інші періоди, з ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи, ядерних аварій, ядерних випробувань, з участю у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, іншим ураженням ядерними матеріалами (п. 19 ч. 1 ст. 6, п. 1 ч. 2 ст. 7 ЗУ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 № 3551-ХІІ).

Для того, щоб отримати безкоштовну путівку на СКЛ учасник АТО повинен перебувати на обліку в органах соціального захисту населення (якими є структурні підрозділи з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчі органи міських рад) за зареєстрованим місцем проживання, а такі, що переселилися з тимчасово окупованої території чи районів проведення АТО, – зафактичним місцем проживання відповідно до довідки про взяття на облік особи, яка переміщується з тимчасово окупованої території України або району проведення АТО (п. 4 Порядку1). Ум. Полтаві такими органами є Управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Октябрської районної у м.Полтаві ради, Управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Київської районної у м.Полтаві ради, Управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Ленінської районної у м.Полтаві ради, Департамент праці та соціального захисту населення Полтавської області.

Якщо особа не перебуває на обліку і бажає на нього стати, то вона повинна особисто або через законного представника подати наступні документи до органу соціального захисту: 1) заяву; 2) медичну довідку лікувальної установи за формою № 070/о (далі – форма № 070/о); 3) копію посвідчення учасника бойових дій або інваліда війни; 4) документ, що підтверджує безпосереднє залучення особи до виконання завдань АТО в районах її проведення. Під час подання копій посвідчень, особи надають їх оригінали для огляду(п. 5 Порядку 1).

Форма № 070/о надається всіма закладами охорони здоров'я на підставі рішення санаторно-курортної відбіркової комісії або лікарсько-консультаційної комісії для одержання путівки на СКЛ або оздоровлення до санаторію-профілакторію. Щодо порядку отримання посвідчення учасника бойових дій або інваліда війни, то він передбачений Постановою КМУ «Про затвердження Порядку надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення» від 20.08.2014№413 (далі – Порядок 2) та Постановою КМУ «Про затвердження Порядку надання статусу інваліда війни особам, які отримали інвалідність внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення» від 08.09.2015№685 відповідно. Документом, що підтверджує безпосереднє залучення особи до виконання завдань АТО в районах її проведення може бути, відповідно до інформації, наданої на Офіційному веб-порталі Державної служби у справах ветеранів війни та учасників АТО: 1) наказ Антитерористичного центру при СБУ або інший документ, який підтверджує залучення особи до виконання завдань АТО в районах її проведення; 2) довідка про безпосередню участь особи в АТО, згідно з додатком 1 або 2 до Порядку2; 3) рішення відомчої (або міжвідомчої)

комісії про встановлення особі статусу учасника бойових дій, як такої, що захищала незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брала безпосередню участь в АТО, забезпеченні її проведення; 4) довідка про обставини травми (для осіб, які отримали поранення внаслідок бойових дій в районі проведення АТО); 5) витяг із протоколу засідання військово-лікарської комісії про встановлення причинного зв'язку захворювань, поранень, контузій, травм, каліцтв у колишнього військовослужбовця (для осіб, яким встановлено інвалідність); 6) копія довідки МСЕК (у разі зазначення обставин травми «у зв'язку з виконанням обов'язків військової служби на території АТО»).

Таким чином, законодавство України передбачає порядок реалізації права на отримання безкоштовної путівки на санаторно-курортне лікування учасниками антитерористичної операції. Проте відкритим залишається практичний аспект цього питання.

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

*Крамар А.П.,
студент 31 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПАТЕНТНИЙ ЗАХИСТ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК ОБ'ЄКТІВ ПРАВА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

В наш час медицина досить швидко розвивається, щодня створюють нові препарати, а тому є дуже важливим захист прав інтелектуальної власності на дані винаходи.

З положень Цивільного кодексу випливає, що лікарський засіб як об'єкт права інтелектуальної власності – це винахід, який є новим, має винахідницький рівень і придатний для промислового використання. Набуття права інтелектуальної власності засвідчується патентом. Відповідно до ч.5 ст.28 ЗУ «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» патент надає його власникові виключне право забороняти іншим особам використовувати винахід без його дозволу, за винятком випадків, коли таке використання не визнається згідно з цим законом порушенням прав, які надаються цим патентом.[3]

Проаналізувавши чинне законодавство, доходимо висновку, що воно містить низку положень, які дозволяють захистити право інтелектуальної власності. Однією із важливих норм є ст. 9 ЗУ «Про лікарські засоби» де зазначено, що лікарські засоби в Україні можуть бути реалізовані лише після їх державної реєстрації. У державній реєстрації може бути відмовлено, коли внаслідок неї будуть порушені захищені патентом чинні майнові права інтелектуальної власності, зокрема під час виробництва, використання, продажу лікарських засобів.[1]

В Україні відсутній детальний аналіз стану патентної охорони винаходів у фармацевтичній галузі. Проте проаналізувавши дані, зібрані таким науковцем як Г. Андрощук, можна стверджувати, що за останні 5 років в Україні загальна кількість заявок на винаходи за національною процедурою збільшилася більш ніж у 2 рази. Найвищі темпи зростання (в 2,6 рази) у розрізі галузей демонстрував підрозділ «Медикаменти для терапевтичних, стоматологічних або гігієнічних цілей».[5, ст.13]

З вищевказаного випливає, що сьогодні спостерігається виразна тенденція до посилення режимів патентного захисту. Це, у першу чергу, стосується сфери фарма-

цєвтики, для якої через величезні і все зростаючі витрати на створення нових ліків і надзвичайно високі супутні ризики правова охорона має неабияке значення. Законодавство виділяє такі етапи патентування, як: 1) подача заявки до Установи, яка містить опис винаходу, формулу винаходу, креслення (якщо є) і реферат; 2) сплата збору за подання заявки; 3) експертиза заявки (попередня, формальна, кваліфікаційна) і видача висновку на підставі якого Установа приймає рішення про видачу патенту чи відмову у видачі; 4) на підставі рішення про видачу патенту здійснюється його державна реєстрація і публікація відомостей про видачу патенту; 5) видача Установою у місячний строк після державної реєстрації патенту.

Це зумовлюється тим, що сьогодні понад 90 % представлених на ринку рецептурних ліків і вакцин є результатами прикладних наукових досліджень, проведення яких стало можливим тільки завдяки такому стимулу, як виключне право ринкового продажу, забезпечуване захистом патентів.[4, ст.3]

Вважаємо, що патентна охорона встановлює необхідну рівновагу між природним прагненням винахідників мати компенсацію за свої витрати і потребами суспільства в нових ефективних і безпечних лікарських засобах. За умови високого рівня патентного захисту виробники не можуть випускати лікарські засоби низької якості, здатні заподіяти серйозної шкоди здоров'ю.

Підсумовуючи зазначене, можна дійти висновку, що охорона лікарських засобів має неабияке значення. Патентування ліків дозволяє унеможливити появу на ринку товарів, яка не відповідають належній якості, дозволяє забезпечити виключне право інтелектуальної власності на свій винахід і дає можливість належним чином охороняти його.

Література:

1. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2015 – №22 – ст.87

2. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2015 – №40-44 – ст.395

3. Про охорону прав на винаходи і корисні моделі від 01.06.2000 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2012 – №7 – ст. 32

4. Правила складання і подачі заявки на винахід і заявки на корисну модель №173/5364 від 27.02.2001 р.

5. Андрощук Г. А. Инновационная политика и стратегия фармацевтических компаний: аспекты интеллектуальной собственности / Г. А. Андрощук // Актуальные вопросы ИС: сб. докладов 21 Международной научно-практической конференции (Ялта 2013) – К: Информационные системы – 2013. – с. 11-30

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Ксьонз В.І.,
студент 32 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКА ЯК ОДНА З НАЙВАЖЛИВІШИХ КАТЕГОРІЙ ТРУДОВОГО ПРАВА

Стан здоров'я працівника є однією з найважливіших категорій трудового права, яка напряму впливає на його правосуб'єктність. В ч.2 ст.24 КЗПП України встановлено, що під час укладання трудового договору громадянин у випадках, передбачених законодавством, має надати, зокрема, документ про стан здоров'я, для заняття тим чи іншим видом діяльності.

Основи законодавства України про охорону здоров'я у статті 3 містить визначення здоров'я під яким слід розуміти стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя [1,ст.3].

При дослідженні даного питання О.Конопельцева спірається на те, що в цілому уявляють собою сферу життя людини, що охоплює всі сфери людського існування – науку, культуру, економіку, екологію, етику, освіту, працю, політику, тощо [2, 163-164].

Визначити стан здоров'я працівника, його рівень і дати висновок щодо можливості виконувати ту чи іншу роботу можна за допомогою медичного огляду, передбаченого ст.ст.169 і 191 КЗПП України та нормативними актами, що регулюють механізм проведення таких оглядів (Основи законодавства України про охорону здоров'я, конвенції і рекомендації МОП, ратифіковані Україною). Прийняття таких актів створило певні законодавчі підвалини охорони здоров'я працівників, особливо з важкими та шкідливими умовами праці.

Існує чимало професій, які висувають певні вимоги до людини, що буде працювати та її психофізіологічні властивості. Це пояснюється тим, що робота таких працівників відбувається у важкому для здоров'я середовищі, має багато екстремальних чинників, які виникають спонтанно. Наприклад, у Законі України «Про державну службу» незадовільний стан здоров'я є однією з причин припинення державної служби відповідною особою [3, ст.42].

Тобто стан здоров'я виступає однією з основоположних вимог до зайняття відповідних посад. Також при працевлаштуванні в органи Служби безпеки України і мітні органи України перевага надається саме тим громадянам, які здатні за станом здоров'я виконувати завдання, покладені на ці органи.

При цьому стан здоров'я, що викликає непрацездатність, не є перешкодою для зайняття трудовою діяльністю, адже конституційне право на працю є всезагальним. Праця осіб зі сталими вадами здоров'я регламентується таким міжнародним актом як, наприклад, Рекомендація МОП № 159 (ратифікована Україною у 2003 р.). Проте багато міжнародних актів у цій сфері залишається поза увагою українського законодавця, зокрема, досі лишаються нератифікованими такі важливі Рекомендації МОП як № 99 (Рекомендація щодо перекваліфікації інвалідів) і № 168 (Рекомендація щодо професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів).

Якщо в кримінальному чи адміністративному праві стан здоров'я, що призводить до фактичної втрати правосуб'єктності, беруть до уваги, визнаючи особу неосудною, а в цивільному праві за рішенням суду він може бути використаний при визнанні особи обмежено дієздатною чи недієздатною, то в праві трудовому стан здоров'я має зовсім інше навантаження.

Ідеться не про стан здоров'я як юридичний факт (що може бути підставою для припинення, наприклад, трудового договору чи переведення на іншу, легшу роботу), а, власне, як прогностичний з характерних ознак суб'єкта трудового права – працівника.

Стан здоров'я враховується для встановлення фізичної та психічної придатності особи до роботи за конкретно визначеною професією, спеціальністю чи посадою, тобто для її працездатності. Працездатність – соціально-правова категорія, яка відбиває здатність людини до праці, що визначається рівнем її фізичного й духовного розвитку, станом її здоров'я, професійними знаннями, вміннями й досвідом [4, с.68].

Стан здоров'я, який перешкоджає продовженню роботи та є підставою для розірвання трудового договору з ініціативи роботодавця, прийнято розуміти як такий, що пов'язаний із тимчасовою втратою працездатності, яка встановлюється лікарем або комісією лікарів згідно ч.1 ст.69 Основ законодавства України про охорону здоров'я, та, відповідно, підтверджується листком непрацездатності. Підставою для розірвання трудового договору на підставі п.2 ч.1 ст.40 КЗпП, на думку Н.Лукашевої, слід визнати стійку втрату працездатності, яка засвідчується висновком медико-соціальної експертизи [5, с.159].

Наразі одним з поширених дискусійних питань у сфері стану здоров'я є питання необхідності підтвердження неможливості виконання певної роботи медичним висновком. Така позиція, наприклад, відстоюється російськими науковцями. На нашу думку, такий висновок має бути необов'язковим, але враховуватися при вирішенні питань припинення трудових відносин, так як надмірна бюрократизація закладів охорони здоров'я не дозволяє гарантувати відповідність реального, фактичного стану здоров'я тому, який визначено у відповідній медичній довідці.

Це далеко не останнє питання, що порушується вченими щодо стану здоров'я. Тому його висока актуальність та особливе місце у сучасній науці трудового права не викликає сумнівів. Погіршення екологічної ситуації в країні, поява нових міжнародних актів у сфері охорони здоров'я, трудового права та соціального захисту працівників, виникнення нових видів професій, які потребують відповідного стану здоров'я – все це вимагає нових досліджень у цій галузі.

Література:

1. Основні законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 № 2801 – XIII: Відомості Верховної Ради України від 26.01.1993 р. № 4 ст.19.

2. Стан здоров'я працівника як одна з вимог при прийнятті на роботу // О.О. Конопельцева // Порівняльно-аналітичне право. – 2014. – № 5. – С. 163–166.

3. Про державну службу Верховна Рада України; Закон від 17.11.2011 № 4050-VI (ред. від 31.12.2014).

4. Стан працездатності як підстава для диференціації правового регулювання трудових відносин // Н.М. Биба // Актуальні питання інноваційного розвитку: науково-практичне видання / Нац. ак. правових наук України; науково-досл. ін-т правового забезпечення інноваційного розвитку НАПРН України. – Харків: Вид-во “Юрайт”, 2012. – № 2. – С. 64-70.

5. Лукашева Н.М. Наслідки невідповідності працівника вимогам до стану здоров'я – [Електронний ресурс] – http://sn-jurid.crimea.edu/arhiv/2009/uch_22_11/157-164.pdf. – с.158-164.

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

*Кудря А.Р.,
студент 46 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ВИДУ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

На сьогодні процес створення суб'єктів медичної практики на законодавчому рівні недостатньо врегульований. Із прийняттям Наказу МОЗ України Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики залишилося безліч питань, що і підтверджує актуальність обраної теми.

Питання щодо створення суб'єктів медичної практики розглядали у своїх працях такі вчені як М. М. Агарков, В. Г. Варнавський, А. В. Симонян, К. І. Голубев, Л. І. Куц та інші.

Медична практика є різновидом господарської діяльності, котра відповідно до ч. 1 ст. 3 Господарського кодексу України визначається як діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність [1, ст. 3].

Законодавство України містить визначення терміну медична практика під яким розуміється вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, з метою надання видів медичної допомоги, визначених законом, та медичного обслуговування[2, п. 1.3].

Відповідно до Наказу МОЗ України Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, медична практика провадиться суб'єктами господарювання на підставі ліцензії за умови виконання кваліфікаційних, організаційних, інших спеціальних вимог[2, п. 2.2]. Також, необхідність отримання ліцензії на провадження медичної практики регламентується п. 15 ч. 1 ст. 7 ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності».

Відповідно до п. 5 ч. 1 ст. 1 ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» під ліцензією розуміється документ, що надається органом ліцензування, на право провадження суб'єктом господарювання визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, в електронному вигляді або на паперовому носії [3, ст. 1]. Ліцензування – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів [3, ст. 1]. Як відзначає А. В. Симонян саме цей аспект (необхідність отримання ліцензії) відрізняє суб'єктів медичної практики з-поміж суб'єктів господарювання, діяльність яких не підпадає під норми законодавства про ліцензування деяких видів господарської діяльності [4, с. 161].

Відповідно до ч. 3 ст. 3 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» заклад охорони здоров'я – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [5, ст. 3]. Із вищенаведеного слідує, що заклад охорони здоров'я отримує ліцензію для здійснення відповідної діяльності, тоді як лікарі приймаються на роботу без додаткових

вимог щодо наявності в них ліцензії на здійснення медичної практики. На думку вченої, дана практика значно знижує, а іноді, навіть повністю зводить до нуля персоналізовану відповідальність кожного лікаря, що безумовно як зазначає науковець, позначається на якості послуг, які надаються, та сумлінності і відповідальності кожного лікаря до виконання ним своїх обов'язків. А. В. Симонян відзначає, що більш ефективним є досвід європейських розвинених країн, де кожен лікар має отримувати ліцензію на здійснення медичної практики аби займатися цією діяльністю у закладі охорони здоров'я або самостійно. В той час як сам заклад охорони здоров'я є юридичною особою, відякої не вимагається отримання ліцензії на заняття медичною практикою [4, с. 163]. Я також підтримую позицію вченої і погоджуюсь з тим, що доцільніше було б аби лікар отримував ліцензію, а заклад охорони здоров'я у свою чергу проходив акредитацію. На мою думку, відповідна практика підвищуватиме відповідальність лікарів, адже медичний працівник усвідомлюючи те, що заклад охорони здоров'я несе відповідальність за його дії може знехтувати правилами.

Не менш важливою постає проблема безплатності надання медичних послуг. Вчена пропонує доповнити ст. 49 Основного закону України після слів: «медична допомога надається безоплатно» доповнити словами «у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях». Відповідна зміна значно полегшить процес затвердження переліку вартості послуг суб'єктами медичної практики [4, с. 164].

Таким чином, складна процедура отримання ліцензії суб'єктами медичної практики є негативним явищем у сфері охорони здоров'я. Вважаю, що доцільніше аби заклад охорони здоров'я проходив акредитацію і у свою чергу наймав на роботу лікарів, котрі отримали ліцензію. На мою думку, відповідна європейська модель сприятиме ефективності надання медичних послуг.

Література:

1. Господарський кодекс України Верховна Рада України; Кодекс України, Закон, Кодекс від 16.01.2003 № 436-IV [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/436-15>

2. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики МОЗ України; Наказ, Умови, Форма типового документа [...] від 02.02.2011 № 49 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0171-11>

3. Про ліцензування видів господарської діяльності Верховна Рада України; Закон від 02.03.2015 № 222-VIII [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/222-19>

4. Симонян А. В. Господарсько-правове регулювання створення суб'єктів медичної практики [Електронний ресурс] / А. В. Симонян // Наше право. – 2013. - № 9. – С. 160-164. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nashp_2013_9_30.pdf

5. Основи законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 № 2801-XII [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/paran23#n23>

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В. М.

*Кулинич Ю. С.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ В УКРАЇНІ

Питання утилізації відходів є ключовою проблемою не тільки для нашої держави, а й для сучасного суспільства в цілому. Щорічно викидаються мільйони тонн відходів на поверхню нашої планети, що негативно впливають на життя та здоров'я людей, призводить до порушення репродуктивної функції людини, неврологічних чи психологічних розладів або зараження іншими не менш небезпечними хворобами. Тому важливо правильно поводитися із такими речовинами та здійснювати процес їх утилізації аби зменшити негативний вплив на життя людей. Одним із небезпечних видів відходів є медичні, які у своїй хімічній структурі можуть мати як небезпечні речовини, так і збудники епідемій чи смертельних хвороб.

Визначення поняття медичних відходів надається у наказі МОЗ «Про затвердження Державних Санітарно-протиепідемічних правилі і норм щодо поводження з медичними відходами» від 08.06.2015 року: медичні відходи – відходи, що утворюються внаслідок медичного обслуговування у закладах, які в установленому законом порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (крім підприємств з виробництва фармацевтичної продукції та медичних відходів, що утворюються в побуті).

Таким чином, нормативно визначивши поняття медичних відходів, законодавець окреслив лише ті відходи, на які поширюється дія цього Наказу, але в той же час ми вважаємо, що цей перелік є недостатнім, так як медичні відходи утворюються не тільки на території медичних установ, а й при наданні медичної допомоги у санаторіях, школах, профілакторіях тощо, а також відходи, які утворилися від використання медичних препаратів у побуті чи ліки, термін придатності яких закінчився. Адаже ступінь небезпечності медичних відходів не зміниться від їх використання у промисловості чи у побуті, а проблема щодо утилізації залишається.

Ми вважаємо, що більш доцільним буде нормативно визначити поняття медичних відходів варто закріпити на законодавчому рівні, наприклад у ЗУ «Про відходи» від 5 березня 1998 року або ЗУ «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 року, а потім на рівні підзаконних нормативно-правових актів визначати, на який саме тип відходів поширюється його дія. Що ж до самого поняття, то воно може мати такий вигляд: медичні відходи – речовини, матеріали та предмети, що утворюються внаслідок медичного обслуговування у закладах, які в установленому законом порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, підприємствах із виробництва фармацевтичної продукції а також ліки, термін придатності яких закінчився, чи які є непридатними до використання у лікувальних цілях або медичні відходи, що утворилися в процесі побутового використання.

Відповідно до наказу МОЗ від 08.06.2015 року медичні відходи поділяються за ступенем небезпечності поділяються на 4 категорії: категорія А – епідемічно безпечні медичні відходи; категорія В – епідемічно небезпечні медичні відходи; категорія С – токсикологічно небезпечні медичні відходи; категорія D – радіологічно небезпечні медичні відходи.

Зважаючи на те, що єдиної офіційної класифікації відходів немає, то запропонована в Україні є досить непоганою, але, для порівняння наведемо приклади

класифікації в інших країнах. У Польщі аналогічна класифікація є більш подрібненою на частини та має наступний вигляд: 1) аналогічні до побутових; 2) специфічні медичні відходи: а) анатомічні відходи; б) відходи, що містять кров і рідини тіла; в) хімічні відходи; г) фармацевтичні відходи; д) інфекційні відходи. 3) спеціальні медичні відходи: а) радіоактивні відходи; б) відходи, що містять важкі метали[1, ст.61].

Вище зазначений наказ МОЗ від 08.06.2015 року передбачає певну систему поводження із відходами, яка є такою: збирання та сортування відходів; маркування відходів; знезараження (дезінфекція) відходів; транспортування і перенесення відходів у корпусні/міжкорпусні (накопичувальні) контейнери в межах закладу, де вони утворюються; утилізація відходів (тих, що можуть підлягати утилізації); захоронення відходів (лише для відходів категорії А). Тобто фактично процес утилізації передбачається, але яким чином і хто має її проводити – не вказано.

Також, цим Наказом передбачаються окрема процедура поводження щодо кожного окремого класу, наприклад фізичне, хімічне знезараження тощо, але все одно на практиці переважно нехтують процедурою знезараження та відразу переходять до утилізації, процес якої і досі залишається неврегульованим.

Так, на практиці одним із найпопулярніших методів утилізації залишається пряме спалення цих відходів. Недоліки цього методу утилізації дуже великі, по-перше, забруднення середовища шкідливими димовими газами ті різними токсичними сполуками, що у свою чергу призводить до зараження навколишнього середовища небезпечними речовинами, що у свою чергу прямо впливає на здоров'я людини. Знову повертаючись до наказу МОЗ від 08.06.2015 року спалювання (кремація) передбачається лише для знищення патологоанатомічних та органічних післяопераційних відходів категорії В, а щодо інших відходів переважно передаються на утилізацію до відповідних підприємств, які мають відповідне сертифіковане обладнання.

У висновку варто зазначити, що проблема утилізації відходів пов'язана не тільки із відсутністю законодавчо закріпленої процедури її проведення, а й визначенням переліку тих відходів, які вважаються медичним. Також неврегульованим залишається питання щодо медичних відходів, які використовувалися у побуті (шприци, катетери, бинти, невикористані ліки або ті, строк придатності яких минув). Адже такі відходи, на сучасному етапі, підлягають утилізації разом із звичайними побутовими, але ступінь їх небезпечності не знизився від того, що вони використовувалися у побуті із лікувальною ціллю, тому варто запровадити сортування відходів або спеціальні пункти прийому медичних відходів від населення, аптек, підприємств, установ, організацій (в яких функціонують медичні пункти).

Питання щодо поділу відходів на класи не постає таким гострим, як всі інші тому, що у червні цього року було прийнято відповідний наказ МОЗ, який містить доволі таки зрозумілий їх поділ із зазначенням процедури поводження з ними.

Що ж до утилізації медичних відходів то, враховуючи те, що законодавчо не прописана така процедура і залишається відкритим питання щодо застосування відповідальності за порушення законодавства щодо утилізації таких продуктів, які неможливо повністю оцінити та прокоментувати за відсутністю нормативно-правової бази.

Література:

1. Попович О.Р., Ятчишин Ю.Й., Мальований М.С., Яворівська І.М., Вронська Н.Ю. Проблема утилізації небезпечних медичних відходів (на прикладі України та Польщі // О.Р.Попович та ін.// Приватне право і підприємництво. – 2014. – № 7. – С. 59 – 64.

*Куцовол К.В.,
студент 23 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Стереотипи упередження стосовно людей з інвалідністю в свій час відіграли значну роль в обмеженні можливостей включення їх у суспільство й спричинили значну соціальну та особисту шкоду. Серед найбільш розповсюджених стереотипів варто відзначити наступні: люди з інвалідністю пасивні; слабкі; неприємні; вони не в змозі працювати та ефективно навчатися; майже завжди потребують економічної фінансової допомоги; залежать від суспільства, не є самостійними, тощо [3, с.26]. З огляду на це, з кожним роком, їм все важче влаштуватися на необхідну їм роботу, або ж поступати та навчатися у Вищих навчальних закладах (далі – ВНЗ).

Важливим завданням для України як держави із соціально орієнтованою економікою є забезпечення повноцінної інтеграції до суспільного життя такої категорії громадян, як інваліди. Процес інтеграції інвалідів до суспільного життя відбувається за допомогою їх реабілітації має позитивне значення як для них самих, так і для суспільства в цілому, сприяючи формуванню та розвитку соціального капіталу, гуманізації суспільних відносин та підвищенню рівня соціальної згуртованості суспільства [4, с.5].

Тому, питання професійної реабілітації інвалідів у ВНЗ є наразі досить актуальним лише з огляду на достатність нормативно-правових актів які регулюють проблему професійної реабілітації інвалідів у ВНЗ, тому, вважаємо за необхідне розглянути деякі з них та знайти можливі та оптимальні шляхи вирішення практичних проблемам, які так і не вирішуються незважаючи на правове забезпечення даного питання.

В першу чергу варто зазначити чинний Закон УРСР «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ який визначає основи соціальної захищеності інвалідів в Україні і гарантує їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість інвалідам ефективно реалізувати права та свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями і інтересами [1, с.252]. Відповідно до ст.1 вище зазначеного Закону, інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України, законами України та міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, а за ст.4 цього ж закону держава зобов'язується у створенні правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті та забезпеченні виконання індивідуальної програми реабілітації інвалідів [1, с.252].

Під професійною реабілітацією інваліда відповідно до п.15.ст.1 наступного закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV необхідно розуміти систему заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи, яка відповідно до ст.38 цього ж закону пе-

редбачає відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї інваліда, дитини-інваліда, поновлення трудової діяльності інваліда в колишній або в новій професії та включає заходи із забезпечення зайнятості інвалідів, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю за раціональністю працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації [2, с.36].

Отже, з огляду на вище зазначене, під професійною реабілітацією інваліда в ВНЗ потрібно розуміти комплекс державних і суспільних заходів, спрямованих на якнайповніше відновлення втраченої працездатності інвалідів та (або) на первинне формування їхньої професійної спроможності, результатом чого має стати повернення або первинне залучення їх до зайнятості на навчанні в ВНЗ в доступних за станом здоров'я умовах праці, з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертизи та особистих схильностей і побажань для забезпечення повноцінної їх інтеграції до суспільного життя [4, с.5].

Здобуття вищої освіти, як зазначає Білера М., на сьогоднішній день – важливий фактор соціалізації та інтеграції людей з особливими потребами. Сьогодні саме якісна освіта виступає передумовою успішної самореалізації людини в суспільстві. Численні дослідження свідчать про те, що вища освіта входить у десятку цінностей, найбільш важливих для молоді. Освіта для людини з інвалідністю – це шлях до інтеграції, до здобуття економічної незалежності. Вища освіта для людини з обмеженими фізичними можливостями – це, насамперед, можливість самому заробляти на життя, реалізовувати себе в професійній сфері, громадському житті. У цьому комплексному процесі важливими ланками є здобуття освіти та професії, здатних суттєво підвищити її конкурентоспроможність на ринку праці. У зв'язку з цим проблема адаптації інвалідів є важливою гуманітарною, соціальною проблемою й водночас проблемою державної значущості [6, с.49].

Провідною установою серед вищих навчальних закладів, де здійснюється навчання студентів-інвалідів, наразі є створений за рішенням Київської міської ради та за участю Київської міської держадміністрації Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» (далі – Університет «Україна»), що має представництва та філії (територіально відокремлені структурні) підрозділи у всіх регіонах країни. Базова структура Університету «Україна» розташована у м. Києві.

Університет «Україна» є вищим навчальним закладом інтегрованого типу, в якому разом зі здоровими студентами навчаються студенти-інваліди I-III груп інвалідності із різними нозологіями (з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату тощо) [7, с. 182].

Отже, підсумовуючи, варто зазначити, що головними завданнями професійної реабілітації інвалідів на сьогодні є: 1) надання рівних із здоровими людьми можливостей інвалідам у всіх сферах, в тому числі у сфері трудових відносин та освіти; 2) підвищення рівня зайнятості та забезпечення раціонального працевлаштування через одержання належної професійної освіти або підвищення кваліфікації; 3) підвищення загальноосвітнього рівня інвалідів [5, с. 142].

Література:

1. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон УРСР від 21.03.1991 р. № 875-XII // Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР). – 1991. – N 21. – С.252-253.

2. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – N 2-3. – С.36 -38.

3. Байда Л., Красюкова О., Буров С., Азін В., Грибальський Я., Найда Ю. Інвалідність та суспільство: навчальний посібник за заг. ред. Байди Л., Красюкової О. К., 2011. – 187 с.

4. Гаврюшенко Г. В. Удосконалення системи професійної реабілітації інвалідів в Україні : автореф. дис. канд. екон. наук : 08.00.07 / Г. В. Гаврюшенко; Держ. вищ. навч. закл. «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана». – К., 2011. – 20 с.

5. Терюханова І.М. Професійна реабілітація інвалідів як ефективний засіб їх інтеграції у суспільство / І. М.Терюханова // Демографія та соціальна економіка – 2007. – № 1. – С. 142-150.

6. Білера М. Проблеми освіти та реабілітації осіб з інвалідністю у вищих навчальних закладах / М. Білера // Молодіжний науковий вісник: Фізичне виховання і спорт, Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: І. Я. Коцан та ін.]. – Луцьк, 2013. – Вип. 9. – С. 49-54.

7. Пасічніченко С. В. Напрями державної соціальної політики щодо реформування освітньої сфери людей з інвалідністю / С. В. Пасічніченко // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». – 2013. – № 1. – С. 179-184.

Науковий керівник – виклад. М'якота О.Г.

Куцовол К.В.,

студент 23 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

РОЗВИТОК ПРАВОВИХ АСПЕКТІВ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ

Перш ніж перейти до розгляду питання щодо проблем правового регулювання клонування, необхідно зауважити, що сама процедура клонування стала доступною людству зовсім недавно. Першим позитивним досвідом було клонування ягняти Доллі в 1997 р., проведене в Шотландії. Це насправді революційне відкриття сприяло численним дискусіям щодо необхідності (непотрібності), користі (небезпеки) клонування взагалі і клонування людини зокрема. Більшість учених, політиків, лікарів, юристів, філософів як в Україні, так і за кордоном схиляються до думки, що клонування як метод вирощування тканин, органів людини, як засіб поліпшення певних властивостей тварин (терапевтичне клонування) – це користь, у той час як клонування людини (репродуктивне клонування) повинно бути заборонено [1, с. 425].

Яку ж позицію обрала Україна? Більшість правових питань так і не знайшли свого вирішення в чинному законодавстві. Чинні правові норми є фрагментарними, абстрактними і лише позначають наявність предмета правового регулювання. Так, стаття 281 Цивільного кодексу України на національному рівні розкриває в цивільному вимірі право людини на життя. ЦК України розглядає допоміжну репродукцію в контексті права людини на життя – права, яке є найважливішим соціальним благом, невід'ємним від сукупності прав і свобод людини і громадянина, бо всі інші права в разі смерті людини втрачають своє значення [5, с. 157].

Сама ж проблема клонування людини знайшла своє правове відображення і в українському законодавстві. 14.12.2004 р. був прийнятий закон «Про заборону репродуктивного клонування людини» № 2231-IV, який вводив заборону репро-

дуктивного клонування людини в Україні виходячи з принципів поваги до людини, визнання цінності особистості, необхідності захисту прав і свобод людини та враховуючи недостатню дослідженість біологічних та соціальних наслідків клонування людини.

Відповідно до ст.2 вище зазначеного Закону «Про заборону репродуктивного клонування» під клонуванням людини пропонують розуміти створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини. Відповідальність ж за ввезення на територію України та вивезення з території України клонуваних ембріонів людини забороняється, вказано у ст.4 того ж самого закону, й особи, які будуть винні у порушенні цього Закону, понесуть цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність відповідно до законів України.

Варто зазначити, що різниця між терапевтичним та репродуктивним клонуванням у самому Законі так і не була зазначена, що призвело до появи безліч дискусій з приводу того, чому ж у даному чинному законі не поясними що собою являє терапевтичне клонування і який його вплив та безпечність на суспільне середовище. Тому, актуальність даного дослідження, в першу чергу, й полягає в дослідженні та розгляді перспектив розширення правового поля даної проблематики.

Додатковим підтвердженням тієї обставини, що правові норми, що регулюють клонування, необхідно розробляти вже зараз, є прагнення ряду провідних учених світу стати на захист можливості проведення клонування живих істот, у тому числі людини. Так, широку популярність набула Декларація у захист клонування, підписана провідними ученими світу, лауреатами багатьох, у тому числі Нобелівської, премій за успіхи в різних галузях науки. У Декларації зазначається, що вчені із занепокоєнням фіксують, що широко розповсюджуються заклики зупинити, не фінансувати або перервати дослідження з клонування. При цьому вказується, що в клонуванні вищих тварин, людини можуть виникнути моральні ускладнення, які не зможе осягнути людський розум. Однак переважаною тенденцією є заборона на клонування людини, викликана неможливістю передбачити і прогнозувати результати клонування [1, с. 431].

І варто зазначити, що практично усі універсальні й регіональні акти в галузі клонування заохочують співробітництво держав з метою ухвалення міжнародної конвенції, яка б належним чином врегулювала існуючі суперечності. Але прийняття такої єдиної універсальної конвенції натикається на ряд перешкод, що обумовлені різними позиціями держав світу стосовно цієї проблеми. На даному етапі існує повна узгодженість позицій держав стосовно аморальності й неприйнятності репродуктивного клонування, а що стосується клонування в терапевтичних цілях, досягти згоди між державами поки що неможливо через постійні дебати, що тривають між прихильниками «сфокусованого» та «багатостороннього» підходу [2, с. 13].

Отже, варто констатувати, що проблема клонування людини має не тільки технологічні а й більшою мірою моральні аспекти, внаслідок чого її слід розглядати більш ширше, у контексті прогресу науки, можливості і необхідності його регламентації, у тому числі і правової роботи. Причому йдеться про досконалу правову регламентацію клонування людини як на національному так і на міжнародному рівнях. Це той випадок, коли правовий вплив має застережний характер і дає змогу простежити за виникненням і розвитком нової галузі правового регулювання [3, с. 105].

Можна з впевненістю підсумувати, що чинний закон про клонування, що складається лише з п'яти статей, є, по суті, лише першим кроком у регламентації цього питання. Тому, для більш чіткого сприйняття, потрібно надати чітке розмежування поняттям та ознакам терапевтичного та репродуктивного клонування в діючому законодавстві України чи шляхом внесення змін до діючого Закону України «Про заборону репродуктивного клонування» або ж шляхом прийняття нового закону «Про терапевтичне клонування» для більш досконалого ефективного та чіткого розмежування понять видів клонування та визначенні більш детально їх характерних ознак.

Література:

1. Стеценко С.Г. Медичне право України: Підручник / Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я.; за заг. ред. д.ю.н. проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
2. Медведєва М. О. Міжнародні правові стандарти співробітництва держав у галузі біотехнологій : Автореф. дис.. канд. юрид. наук: 12.00.11 / М. О. Медведєва; Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. – К., 2005. – 17 с.
3. Триньова Я.О. Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини»: постатейний аналіз / Я. Триньова // Право і суспільство. – 2013. – № 6-2. – С. 105-109.
4. Короткий Т. Правові аспекти клонування людини / Т. Короткий // Вісник Національної академії наук України. – 2002. – № 3. – С. 46-52.
5. Старікова Н. М. Допоміжні репродуктивні технології: цивільно-правовий вимір / Н. М. Старікова // Часопис Київського університету права. – 2014. – № 4. – С. 155-159.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є. А.

*Лаврик О О.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ КЛОНУВАННЯ ТВАРИН У СВІТІ

Термін “клон” (грецьке слово (klon) означає гілочку, пагін, черешок) – сукупність клітин або організмів, генетично ідентичних одній родоначальній клітині. Клонування – одержання ідентичних нащадків внаслідок безстатевого розмноження, процес виготовлення генетично ідентичних копій окремої клітини або організму.

Створювати тварин завжди було чимось надзвичайно привабливим так як це означало створити унікальний організм стійкий до хвороб, кліматичних умов, який дає достатній приплід, необхідну кількість м'яса, молока, плодів інших продуктів. Використання таких тварин припускає унікальну можливість вирішення різних теоретичних і прикладних завдань, що стоять перед біомедициною та сільським господарством.

Можливість клонування тварин довів Дж. Гердон, англійський біолог, який першим зумів отримати клоновані ембріони шпорцевих жаб. Він випалював ультрафіолетом ядра ікринок і потім підсаджував в них ядра, виділені з клітин епітелію пуголовків цього виду. Більша частина отриманих таким чином ікринок гинула, і лише зовсім маленька їх частка (2,5%) розвивалася в пуголовків. Дорослих жаб отримати таким чином не вдалося. Тим не менше це був успіх і результати дослідів Гердон потрапили в багато підручники і посібники з біології [1].

Перша успішно клонована тварина з клітини іншого дорослого організму була вівця Доллі. Її вдалося клонувати завдяки технології пересадки ядер соматичних клітин. Доллі була єдиним клоном, який був народжений живим із загальної кількості 277 клонованих ембріонів. Ця дуже низька ефективність, що становить серйозну перешкоду для застосування клонування взагалі. Згодом дослідники виявили деякі проблеми зі здоров'ям у вівці та інших ссавців, які були клоновані. Це збільшення розміру плоду при народженні та різноманітні дефекти в життєвих органах, типу печінки, мозку і серця. Іншими наслідками є передчасне старіння і проблеми з імунною системою. Вівця Доллі прожила 6 років, удвічі менше, ніж у середньому живуть вівці її породи, однак померла вона не від старості, а від раку легень, викликаних ретровірусом легеневої аденокарциноми, – дуже поширеного для овець захворювання, але, варто зазначити, що такі захворювання переважно проявляються лише у літніх овець, середня тривалість життя яких становить 10-12 років. Позитивним моментом же було те, що вона залишила потомство з 6 здорових ягнят [1].

На сьогодні вже вдалося успішно клонувати карпа, пацюка, мишу, вівцю, бика, мула, коня, собаку. Наприклад, мул, а це гібрид осла й коня, самостійно розмножуватися не здатний, тому клонування – єдиний спосіб зберегти успішний організм.

Як бачимо є багато негативних моментів, які впливають на забезпечення дозволу клонування на законодавчому рівні. По-перше, дуже низька ефективність отримання клонів, досить мала частина їх народжується живими. По-друге, у клонів розвиваються хвороби у молодому віці, що не притаманно для клонованих особин. По-третє, і напевно головне, європарламент підтримав пропозицію Єврокомісії та ухвалив законодавство, яке забороняє клонування всіх видів тварин, а також ввезення клонів та виробленої з них продукції на територію Європейського Союзу. З-поміж головних аргументів на підтримку заборони клонування в Євросоюзі відзначають недосконалість і неприродність технології цього процесу, високу смертність і страждання серед клонованих тварин. Окрім того, і самі європейці переважно висловлюються проти споживання продуктів із клонованих тварин. Однак це законодавство набуде чинності тільки після схвалення цього рішення 28 країнами-членами у форматі Ради Європейського Союзу [2].

На мою думку треба законодавчо дозволити клонування тварин, оскільки, по-перше, клонування може дозволяти дослідникам клонувати тварин з потенційною вигодою для галузей медицини і сільського господарства. Наприклад, ті ж самі Шотландські дослідники, які клонували Доллі, отримали іншу вівцю. Вона була генетично модифікована, щоб давати молоко, яке містить людську основу білка для крові. Є надія, що надалі цей білок може відбиратися з молока і подаватися людині в чистому вигляді, це дуже допоможе людям, у яких низька згортання крові.

По-друге, можна використовувати тварин, для того щоб тестувати на них нові види ліків і звичайну продукцію, призначену для людини. Велика перевага використання клонованих тварин для перевірки на таблетки полягає в тому, що всі вони є генетично ідентичними, що означає, що їхня реакція на таблетки повинна бути більш менш схожою, ніж у тварин з різним генетичним набором [3, 373].

По-третє, щоб зробити організми з певними якостями, які необхідні людині, наприклад вівця була виведена щоб надати людський інсулін. Якщо б вчені поклалися тільки на статеве (сексуальне) розмноження щоб вивести цих тварин, вони б ризикували тим, що необхідні їм якості зникли, так як статеве розмноження (сексуальне) переставляє генетичний код в блоках.

По-четверте, причинами для клонування можуть бути втрачені або померлі домашні тварини або тварини, які знаходяться на межі вимирання.

Якими б не були причини, нові технології клонування розпалили багато етичних спорів серед учених. Деякі держави розглянули або наказали законодавство, щоб уповільнити, обмежити або заборонити експерименти клонування. Ясно, що клонування буде частиною нашого життя в майбутньому, але майбутнє цієї технології має все ж таки бути визначено.

Як висновок потрібно зазначити, що клонування тварин має негативну сторону, а саме: часта захворюваність, низька народжуваність, висока смертність та страждання серед клонованих тварин, які стали аргументами на заборону клонування Європейським парламентом.

На мою думку, варто дозволити клонування тварин, бо переваги, які можна отримати є безумовним, а саме: передбачається поява прискореної генетичної селекції та тиражування тварин з винятковими виробничими показниками, продовжити популяцію тварин, які на межі вимирання, тестування ліків та головне, що клонування тварин дозволить вченим на розвиток терапевтичного клонування людей, що, у свою чергу, призведе до створення ліків від хвороб, які на сьогодні не лікуються.

Література:

1. Всеукраїнський загальнополітичний освітянський тижневик Персонал плюс № 21 (478) 23 – 29 травня 2012 року, [Електронний ресурс]: [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Київ : 2002-2015. – Режим доступу: <http://www.personal-plus.net/ru/> (дата звернення 5.11.2015) – Назва з екрана.

2. Щоденна газета online Високий Замок 08.09.2015, [Електронний ресурс]: [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Київ : 1991-2015. – Режим доступу: <http://wz.lviv.ua/news> (дата звернення 5.11.2015) – Назва з екрана.

3. Стеценко С. Г. Медицинское право. Учебник. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2009. – 572 с.

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

Лазоренко О.В.,

студент 3 курсу

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ

На сучасному етапі розвитку української державності, враховуючи, що на території України відбувається збройний конфлікт, дедалі погіршується екологічна ситуація, а сфера охорони здоров'я знаходиться лише на початку реформування, і оскільки кожна людина її життя і здоров'я, честь і гідність визнається найвищою соціальною цінністю, а кількість населення є показником демографічного, політичного і соціально-економічного добробуту суспільства, то дедалі актуальнішими є питання врегулювання і детального нормативного закріплення законодавства у сфері охорони здоров'я, а особливо прав пацієнтів.

Останніми роками вітчизняні дослідники приділяють багато уваги питанням правового регулювання забезпечення і захисту прав людини у медичній сфері. Дане питання найбільш повно досліджували у своїх працях такі вітчизняні вчені як Акопов В. І., Галай В. О., Гладун З. С., Глуховський В. В., Гревцова Р. Ю., Козаченко Ю. А., Козуліна С. О., Кризина Н. П., Лопатенков Г. Я. Малєйна М. М., Сенюта І. Я., Стефанчук Р. О., Стеценко С. Г.

В українському законодавстві не існує єдиного нормативно-правового акту, який закріплює права пацієнтів, але виділяють три основних. В Конституції України, а саме в статті 49, зазначається, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Згідно статті 284 Цивільного кодексу фізична особа має право на надання їй медичної допомоги. Основи законодавства України про охорону здоров'я в статті 6 передбачають, що кожен громадянин України має право на охорону здоров'я.

Правовий статус пацієнта складає систему закріплених державою в законодавчому порядку прав, свобод, юридичних гарантій їх реалізації та захисту, а також обов'язків особи, яка є суб'єктом медико-правових відносин [4, с. 95]. Права пацієнта як один з елементів його правового статусу являють собою юридичні можливості людини та є похідними від законодавчо встановлених правил [5, с. 79].

У юридичному праві прийнято розрізняти право об'єктивне з його різними проявами, що в цілому характеризує стан сукупності охоронюваних державою суспільних відносин і тенденції їх розвитку, і право суб'єктивне, яке належить окремим особам і полягає в наявності у кожного з них певних правових можливостей [6, с. 179-180].

В об'єктивному розумінні права пацієнтів – це сукупність юридичних норм, що закріплені в певних нормативно-правових актах і врегульовують відносини в галузі охорони здоров'я й надання медичної допомоги. В суб'єктивному розумінні права пацієнтів можна визначити як систему передбачених і гарантованих нормативними актами прав людини, у якій виникли правовідносини з медичним закладом незалежно від його форми власності, що базуються на зверненні особи до даного закладу за медичною допомогою або для її участі в експерименті.

На даний момент вже існує багато підходів до класифікації прав пацієнтів. Малейна М. М. класифікує права пацієнта за сферою на яку вони поширюються: 1) права при наданні інформації про поставлений діагноз, методи лікування та можливі наслідки; 2) права при встановленні і дотриманні методів та режиму лікування; 3) права зі збереження медичної таємниці; 4) права у зв'язку з відмовою лікування [7, с. 25].

Галай В. О. та Стеценко С. Г. виділяють дві групи прав пацієнтів. До першої групи входять загальні права пацієнтів, як то право на вибір лікаря та лікувального закладу; право на згоду або відмову від лікування; право на вибір методів лікування. Друга група містить спеціальні права пацієнтів, що залежать від напрямку медичної діяльності, особливостей хвороби пацієнта, особливостей окремих груп пацієнтів [8, с. 18-19].

Стефанчук Р. О. виокремлює права пацієнтів за специфікою їх нормативно-правового регулювання: 1) права, пов'язані з наданням медичної допомоги; 2) права, що пов'язані з інформованістю пацієнта; 3) права, що забезпечують медичну таємницю [9, с. 322].

Козаченко Ю. А. використавши комплексний підхід, який враховував різноплановість медичної допомоги, наявність у ній різних галузей та напрямів, розгалуженість та некодифікованість вітчизняного медичного законодавства, важливість норм моралі і етики, диференційованість пацієнтів залежно від віку, статі, стану здоров'я, відношення до тієї чи іншої професійної діяльності запропонувала розподілити права пацієнтів на такі групи: 1) конституційні права; 2) загальні права пацієнтів; 3) спеціальні права пацієнтів залежно від напрямку медичної діяльності;

4) спеціальні права пацієнтів залежно від напрямку медичної діяльності; 5) спеціальні права різних професійних і соціальних категорій пацієнтів [10, с. 179].

Отже, підводячи підсумок вищесказаного можна зробити такі узагальнення:

1) в Україні кожна людина має право на медичну допомогу не залежно від її віку, статі, кольору шкіри чи громадянства; 2) законодавство щодо прав пацієнта та і сфери охорони здоров'я взагалі потребує детальної регламентації і систематизування; 3) враховуючи відсутність чіткого нормативного регулювання класифікації прав пацієнта на доктринальному рівні існує велика кількість концепцій і поглядів з приводу даного питання. Проаналізувавши перелічені концепції вважаю, що класифікація Галай В.О. та Стеценко С.Г. найбільш комплексно охоплює як джерела в яких закріплені права пацієнтів, так і власне сам масив прав пацієнтів. Підсумовуючи можна зазначити, що для остаточної класифікації прав пацієнтів необхідно прийняти єдиний нормативно правовий акт який урегулював би дане питання.

Література:

1. Конституція України
 2. Цивільний кодекс України
 3. Основи законодавства України про охорону здоров'я
 4. Пищита А. І. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты / А. І. Пищита. – М.: ЦКА РАІ, 2008. – 196 с.
 5. Теорія держави і права. Академічний курс : підручник / [ред. О. В. Зайчука, І. М. Оніщенко]. – К.: Фрінком Інтер, 2006. – 688 с.
 6. Цвік М. В. Загальна теорія держави і права: підручник для студентів юрид. спец. вузів / ред. М. В. Цвік – Х.: Право, 2009. – 584 с.
 7. Малеина М. І. Защита личных неимущественных прав советских граждан / М. І. Малеина. – М., 1991.
 8. Стеценко С. Г. Медичне право України (реалізація та захист прав пацієнтів) : монографія / С. Г. Стеценко, В. О. Галай. – К.: Атіка, 2010. – 166 с.
 9. Стефанчук Р. О. До питання про систему особистих немайнових прав пацієнта / Р. О. Стефанчук // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. 17-18.04.2008 р., м. Їв'їв [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_319.pdf.
 10. Козаченко Ю. А. Питання систематизації прав пацієнта / Ю. А. Козаченко // Проблеми законності : зб. наук. пр. – Харків, 2014. – Вип. 125. – С. 177-183.
- Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.*

*Леженко М.В.,
студент 4 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕДМЕТА АГРАРНОГО ПРАВА

Аграрні відносини завжди знаходились в центрі уваги представників різних наукових шкіл, адже ще тоді мали значний вплив на соціально-економічний розвиток держави. Проблемні питання щодо предмета правового регулювання окремих галузей права виникали ще в 40-х роках минулого століття, коли велась дискусія про формування системи радянського права. Вчені науки аграрного права й досі не досягли єдиної позиції щодо цього питання. Це обумовлює актуальність зазначеної теми і необхідність вирішення існуючої проблеми, оскільки це дасть змогу належно врегулювати аграрні правовідносини, враховуючи їх специфіку.

Проблеми змісту предмета правового регулювання аграрного права України в різний час вивчалися відомими вітчизняними вченими-юристами, серед яких: Н.О. Багай, М.Я. Вашишин, О.В. Гафурова, В.П. Жушман, В.М. Єрмоленко, Т.О. Коваленко, В.В. Носік, О.О. Погрібний, В.І. Семчик, А.М. Статівка, Н.І. Титова, В.Ю. Уркевич, В.С. Шелестов, М.В. Шульга, В.З. Янчук та інші вчені.

У науково-довідковій літературі предмет правового регулювання аграрного права визначається як аграрні суспільні відносини, що являють собою комплекс відносин (земельних, майнових, трудових, організаційно-управлінських, фінансових та інших), що складаються в процесі виробництва сільськогосподарської продукції, її переробки та реалізації сільськогосподарськими товаровиробниками, а також у взаєминах з іншими суб'єктами господарювання, органами державної влади та органами місцевого самоврядування [3, с. 131]. З такого визначення видно, що воно поєднує в собі як предмети традиційних галузей права так і аграрного. Такий дуалізм вчені коментують по-різному. На думку В.Ю. Уркевича, «земельне право та законодавство визначають загальні умови використання земель у будь-яких сферах суспільного життя, загальні засади прав на землю, підстави їх виникнення та припинення, питання використання та охорони земель, управління ними та ін. Проте внутрішні аграрні земельні відносини, – зазначає він, – пов'язані передусім з передачею сільськогосподарському підприємству його членом земельного пайового внеску, його використання та повернення». Тобто, земельні відносини можна віднести до предмета аграрного права лише у разі використання земельних ділянок при виробництві на них сільськогосподарської продукції. Звідси випливає: особливістю предмета аграрного права є те, що він знаходить свій вияв саме у внутрішніх (внутрішньогосподарських) аграрних відносинах. Також, вчені вважають, що недоречно називати окреслені відносини земельними, трудовими. Вони пропонують зазначати предметну сферу, тобто, наприклад, аграрні відносини щодо передачі земельного пайового внеску, аграрні відносини щодо членства в сільськогосподарському кооперативі тощо. Таким чином є змога уникнути неточностей у правозастосовній діяльності. Їх необхідно розглядати не поодинокі, окремо, а в органічній єдності з суто аграрними відносинами. [2, с.34]

На думку М.Я. Ващишин, сучасна система права України не має такої галузі права, у сферу дії якої певною мірою не проникали би норми інших галузей. Автор підкреслює, що «варто відмовитися від комплексності аграрного права, яка робить цю галузь «меншовартісною» чи взагалі заперечує її самостійне існування через за-позичення норм інших галузей права, необхідних для регулювання низки аграрних

відносин» [1]. Це підтверджує позицію того, що аграрні відносини не можна назвати однорідними, враховуючи їх багатогранність та різноманітні сфери їх прояву.

Проаналізувавши погляди вчених, можна зробити висновок, що предмет аграрного права має комплексний характер і не може розглядатися як однорідні суспільні відносини. Також предмет правового регулювання аграрного права проявляється саме у внутрішніх аграрних відносинах. Але необхідно, також враховувати і значення аграрної реформи яка обумовлює виникнення нових суспільних аграрних відносин, які носять більш масштабний характер. До таких відносин можна віднести контроль за якістю імпортованої та експортованої сільськогосподарської продукції, в сфері міжнародного співробітництва в сільському господарстві, в сфері забезпечення продовольчої безпеки держави, сталого розвитку сільських територій, соціального розвитку села тощо. На нашу думку, саме норми аграрного права мають врегульовувати зазначені суспільні відносини та заповнювати прогалини в законодавстві. Також, не можна не враховувати таку особливість сучасного розвитку аграрних відносин в Україні як тісний зв'язок публічно-правових і приватних інтересів в аграрній сфері, що обумовлює такі особливості правового регулювання аграрних відносин.

Література:

1. Ващишин М.Я. Критерії самостійності аграрного права // Розвиток наук земельного, аграрного, екологічного та природоресурсного права / М.Я. Ващишин // Збірник наукових праць Круглого столу (19 жовтня 2012 р.) / за ред. Г.І. Балюк, М.В. Краснової, А.М. Мірошниченка, В.В. Носіка : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://law.univ.kiev.ua/science.html>.

2. Головина. А.А. Критерии образования самостоятельных отраслей в системе российского права : автореф. дис.... канд. юрид. наук / А.А. Головина // Моск. гос. юрид. акад. – М., 2012. – 34 с.

3. Словник з аграрного права / уклад.: В.П. Жушман, О.О. Погрібний, В.Ю. Уркевич / за ред. В.П. Жушмана. – Х. : Нац. юрид. акад. України, 2010. – 160 с.

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

Лизун А.В.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ ЗЕМЕЛЬ ОСОБИСТОГО СЕЛЯНСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА

Інститут земельних відносин займає важливе місце у системі аграрного права. Для України, як однієї з країн аграрного спрямування, важливим елементом у діяльності є саме встановлення оптимальних умов для підвищення продуктивності праці сільськогосподарських виробників та вирішення продовольчої проблеми в країні.

Існує багато наукових доробок українських та іноземних науковців, що визначали предметом своїх досліджень особисте селянське господарство, зокрема В. Андришук, С. Боголюбов, В. Єрмоленко, В. Курило, А. Статівка, В. Уркевич та інші.

Особисте селянське господарство є одним із видів господарської діяльності у сфері виробництва, переробки, споживання і реалізації сільськогосподарської продукції.

Також, як зазначає М. Лідовець, особисте селянське господарство нині є важливою формою індивідуального аграрного виробництва, що дозволяє додатково на-

сичувати аграрний ринок відповідною продукцією, водночас задовольняти потреби самих громадян у цій продукції [1, с.1].

Визначення особистого селянського господарства подається у ст. 1 Закону України «Про особисте селянське господарство» [2]. Згідно з цією статтею особисте селянське господарство – це господарська діяльність, яка проводиться без створення юридичної особи фізичною особою індивідуально або особами, які перебувають у сімейних чи родинних відносинах і спільно проживають, з метою задоволення особистих потреб шляхом виробництва, переробки і споживання сільськогосподарської продукції, реалізації її надлишків та надання послуг із використанням майна особистого селянського господарства, у тому числі й у сфері сільського зеленого туризму.

Увагу привертає регулювання земельних відносин особистого селянського господарства. Так, відповідно до ч.1 ст.5 Закону України «Про особисте селянське господарство» [2], для ведення особистого селянського господарства використовують земельні ділянки розміром не більше 2,0 гектара, передані фізичним особам у власність або оренду в порядку, встановленому законом.

Таким чином, законодавством встановлюється граничний розмір земельної ділянки, що використовується особистим селянським господарством. Також, законодавство регламентує процедуру збільшення земельної ділянки в тому випадку, коли громадяни України реалізували своє право на безоплатну приватизацію земельної ділянки для ведення особистого підсобного господарства в розмірі менше 2,0 гектара. Відповідно до ч.2 ст.5 Закону України «Про особисте селянське господарство» розмір земельної ділянки може бути збільшений у разі отримання в натурі (на місцевості) земельної частки (паю) та її спадкування членами особистого селянського господарства відповідно до закону. Тобто, законодавець не забороняє збільшення розміру земельної ділянки за певних умов, що, вважаю, є також позитивною характеристикою законодавства України.

Позитивним моментом у вдосконаленні законодавства вважаю зміни, внесені Законом N 191-VIII від 12.02.2015 року «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо спрощення умов ведення бізнесу (дерегуляція)» [3]. Саме завдяки цьому, земельні ділянки особистого селянського господарства, що раніше дозволялося використовувати виключно для ведення останнього, наразі можна використовувати для і

товарного сільськогосподарського виробництва, і фермерського господарства.

Ще однією позитивною зміною вважаю розширення суб'єктного складу. Так, Вказаним законом внесено зміни і до Земельного кодексу України [4]. Таким чином, статтю 33 виклали в такій редакції: «Земельні ділянки, призначені для ведення особистого селянського господарства, можуть передаватися громадянами у користування юридичним особам України».

Таким чином, завдяки змінам, внесеним Законом N 191-VIII розширено видову діяльність та суб'єктний склад особистого селянського господарства.

Отже, підводячи підсумок варто зазначити, що діяльність особистих селянських господарств є важливою ланкою в діяльності нашої країни. Державне регулювання земельних відносин цього виду господарської діяльності зазнало позитивних змін, що сприятимуть вдосконаленню діяльності особистих селянських господарств, підвищення їх продуктивності, а також виведення останніх на новий рівень розвитку.

Література:

1. Право на забудову житлових, господарських будівель та споруд на землях особистого сільського господарства / Т.М.Лідовець // Часопис Національного університету "Острозька академія". – 2012. – №1(5). – С.1-10.
2. Про особисте селянське господарство: закон України від 15.05.2003 р. № 742-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 29. – Ст. 232.
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо спрощення умов ведення бізнесу (дерегуляція) : закон України від 12.02.2015 р. № 191-VIII // Офіційний вісник України. – 2015. – № 25. – Ст. 721.
4. Земельний кодекс України: кодекс від 25.10.2001 р.№ 2768-III // Офіційний вісник України. – 2001. – № 46. – Ст.2038.

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

Лизун А.В.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ КУРОРТІВ В УКРАЇНІ

На сьогодні, розвиток курортної галузі і діяльність, пов'язана з нею стрімко зростають. Курорти є одним з основних видів відпочинку населення, а також слугують засобом для оздоровлення та рекреації.

Актуальність даної теми полягає в тому, що наразі, на рівні законодавчих актів визначено лише основні засади створення курортних закладів, але на практиці існує велика кількість питань, пов'язаних з тлумаченням норм. Аналіз чинних нормативно-правових актів, а також наукових напрацювань вчених допоможе сформулювати єдину правову думку, яка б чітко відповідала на запитання, які виникають у даній сфері.

Дослідженням цього питання займалися О.Аніщенко, К.Бабов, Н.Ведмідь, М.Залозний, Т.Золотарьова, М.Ільїна, П.Кулініч, Т.Лісова, Б.Омецинський В.Пересоляк, М.Рутинський, О.Савоста, І.Федорович та ін.

Відповідно до абз.1 ч.1 ст. 1 Закону України «Про курорти» [1, Ст. 785]: курорт – це освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні.

Аналізуючи Закон України «Про курорти» можна зазначити, що процедура створення курортів в Україні включає в себе систему взаємопов'язаних елементів та етапів, а саме: підстави, за наявності яких можливо прийняти рішення про оголошення природної території курортною, дії з подання клопотання про оголошення природних територій курортними, суб'єктний склад даних процедур, проектування курортів, проведення експертиз, прийняття рішення вищими органами державної влади, а також забудова курортів.

Перейдемо до більш детального аналізу вказаних елементів.

Так, відповідно до ст. 7 Закону України «Про курорти», рішення про оголошення природної території курортною можливо прийняти за: 1) наявності природних лікувальних ресурсів; 2) необхідної інфраструктури для експлуатації ресурсів та організації лікування людей.

За ст. 6 Закону України «Про курорти»: до природних лікувальних ресурсів відносять: 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.

Щодо необхідної інфраструктури курортів, як зазначає Бабов К.Д., до неї можна віднести такі елементи: транспортні комунікації, зв'язок, комунальне господарство тощо [2, с. 68].

Але, наразі існують певні проблемні питання у цій сфері. На нормативному рівні, а саме у п. 2.9 Концепції розвитку санаторно-курортної галузі [3, Ст. 785] вказано, що для розвитку інфраструктури курортів необхідно звернути увагу на територіальні, соціально-економічні, екологічні проблеми, а саме: відтворення культурно-історичної спадщини, охорони та збагачення природного середовища курортів, розподіл і визначення пріоритетних напрямів використання природних лікувальних ресурсів, вирішення питань розміщення курортного, житлового, соціального, інженерно-транспортного, комунального та інших видів будівництва, пошук шляхів збалансування міжгалузевих інтересів тощо.

На доктринальному рівні, щодо питання інфраструктури курортів, цікавою є думка П. Кулініча, який вважає, що розвиток виробництва на курортних територіях призвів до виникнення на них індустріальних зон. Надмірна концентрація у деяких місцевостях санаторно-курортних закладів, велика питома вага промислового та сільськогосподарського виробництва, інтенсивний рух автотранспорту на загальному фоні недосконалої інфраструктури, низький рівень комфортності оздоровниць створюють надмірне антропогенне навантаження, знижують престижність курортів та ставлять під загрозу існування сировинної бази найбільш популярних курортів [4, с. 59].

Аналізуючи наступні елементи та етапи слід зазначити про подання клопотання щодо оголошення природних територій курортними. Це право реалізується такими суб'єктами: центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування або громадянами, підприємствами, установами, організаціями. Клопотання розглядається у місячний термін центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері курортів та погоджується з власниками чи користувачами земельних ділянок, на яких планується створення курорту. В результаті, складається проект щодо оголошення території курортною, який направляється на державну екологічну та санітарно-гігієнічну експертизу. Отримавши позитивний висновок, відповідно до інстанційного принципу, щодо курортів державного значення – матеріали передаються до центрального органу виконавчої влади для внесення на розгляд Кабінету Міністрів України, який, розглянувши матеріали, направляє їх до Верховної Ради України для прийняття рішення; щодо курортів місцевого значення – матеріали передаються до місцевих органів виконавчої влади, а остаточне рішення приймає Верховна Рада АРК, обласні, Київська та Севастопольська міські ради. Вся ця процедура регламентується ст.8-11 Закону України «Про курорти».

Заключним етапом створення курортів в Україні є їх забудова, що здійснюється за встановленими генеральними планами курортів. Як приклад, можна навести Генеральний план розвитку курорту Моршин Львівської області [5]. Ним встановлюється основні напрямки розвитку курорту після його забудови, а саме: розвиток

мережі культурно-побутового обслуговування, територіальний розвиток (включення до курортної території 56,5 га земель держлісфонду і 13,5 га малопродуктивних сільськогосподарських земель), забудова сельбищної зони курорту 5-поверховими будинками тощо.

Отже, аналізуючи чинні нормативно-правові акти, а також практичні аспекти створення курортів в Україні, було розглянуто процедуру, а також проблемні аспекти пов'язані з нею. Створення курортів в Україні – це система, що включає в себе низку підстав, послідовних дій та визначених суб'єктів щодо створення, проектування та забудови курортів.

Література:

1. Про курорти: закон України від 05.10.2000р № 2026-III // Офіційний вісник України. – 2003. – № 17. – Ст. 785.

2. Природні лікувальні ресурси та преформовані засоби/ К.Д. Бабов, Т.А. Золотарьова, Б.Ф. Омечинський // Укр. геогр. журн. – 2005. – № 2. – С. 67-70.

3. Про схвалення Концепції розвитку санаторно-курортної галузі: розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. №231-р. // Офіційний вісник України. – 2003. – № 17. – Ст. 785.

4. Правовий режим земель оздоровчого призначення / П.Кулініч // Інформаційне видання «Проекту підтримки приватизації землі в Україні». – 2003. – № 2. – С. 58-63.

5. Про генеральний план розвитку курорту Моршин Львівської області: постанови Ради Міністрів УРСР від 29 квітня 1987 р. № 157. [Електронний ресурс – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/157-87-п>

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М. В.

Лизун А.В.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНИХ ОСІБ-ПІДПРИЄМЦІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стрімкий розвиток суспільства в сучасних умовах сприяє більш широкому розширенню надання послуг у медичній сфері приватними закладами. У ст. 49 Конституції України зазначено: «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.

Вивченням цього питання займались Самофал М.М., Майданик Р.Р., Суховерський В.Л., Ойгензихт В.А., Савицька А.М., Малєїн М.С., Пашков В.М., Петров Г.І., Чехун О.В. та ін.

Сфера охорони здоров'я поєднує в собі як публічні, так і приватні елементи. В результаті, проявом цього принципу є створення фізичними особами-підприємцями (далі – ФОП) закладів охорони здоров'я.

Як зазначає Пашков В.М., перехід до господарсько-правової моделі регулювання цих відносин є природним і цілком відповідає реаліям суспільного життя. А

переведення всіх відносин щодо медичного обслуговування у вартісний, контрольований, адресний характер є позитивним аспектом у сфері правового регулювання [1, с. 2].

Відповідно до п.15 ч.1 ст.7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», ліцензуванню підлягає діяльність з медичної практики.

Відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики (Далі – Ліцензійні умови), медична практика визначається як вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Беденко-Зваридчук О.М. зазначає, що приватно-практикуючі лікарі – це лікарі, які зареєстровані як фізичні особи – підприємці, отримали ліцензію на провадження медичної практики, відкрили кабінети, найняли на роботу лікарів з вищою освітою та середній медичний персонал [2, с. 11].

Тому, аналізуючи чинну нормативно-правову базу українського законодавства, на мою думку, можна запропонувати таку класифікацію умов для отримання права на зайняття медичною практикою: умови, яким повинна відповідати особа, що планує займатися медичною практикою (особистісні) та умови, яким має відповідати приміщення, будівля та документація (організаційні).

Отже, перша категорія умов включає кваліфікаційні вимоги до ФОП, що провадить медичну практику. Вони містяться у п.3.1 Ліцензійних умов. Таким чином, медичною діяльністю можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Ці вимоги містяться у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Законодавство встановлює, що документами, які засвідчують відповідність спеціальним освітнім та кваліфікаційним вимогам є: 1) диплом про вищу медичну освіту державного зразка; 2) сертифікат лікаря-спеціаліста; 3) посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії; 4) свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних працівників.

Існують обставини, за наявності яких особи обмежені у праві на здійснення медичної практики. Так, відповідно до п.3.2 Ліцензійних умов, лікарі, які не працюють більше трьох років за конкретною лікарською спеціальністю, не можуть займатися лікарською діяльністю з цієї спеціальності та допускаються до медичної практики після проходження стажування. Таким чином, до здійснення медичної практики не допускаються особи, які не відповідають кваліфікаційним вимогам, встановленим законодавством.

До другої категорії умов – організаційних, можна віднести такі: відповідно до п.2.6 Ліцензійних умов, медична практика провадиться суб'єктами господарювання на підставі ліцензії та за умови: наявності приміщень, приладів, обладнання, укомплектованості працівниками, дотримання вимог щодо атестації працівників та проходження ними обов'язкових медичних оглядів, а також наявності входу та умов для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Відповідно до п.2.9 Ліцензійних умов, для провадження медичної практики ФОП повинна затвердити: номенклатуру справ з медичної та фармацевтичної документації, правила та інструкції виконання маніпуляцій та процедур, інструкцію щодо правил миття й деззараження рук, перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам.

Також, законодавство встановлює перелік нормативно-правових актів, дотримання яких є необхідною умовою провадження медичної практики.

Встановлені вимоги також і до розміщення кабінетів приватно-практикуючих лікарів. Так, відповідно до Державних будівельних норм України “Будинки і споруди. Заклади охорони здоров’я”, кабінети допускається розміщувати у житлових і громадських будинках за умови дотримання протипожежних, санітарно-гігієнічних вимог, що забезпечують оптимальний режим експлуатації житлових та робочих приміщень. Також, приміщення не повинно мати у своєму складі рентгенівських кабінетів та інших джерел іонізуючого випромінювання.

Особливу увагу слід звернути на вимоги щодо зовнішнього вигляду будівлі, в якій ФОП займається медичною практикою. Так, відповідно до п.2.11 Ліцензійних умов на фасаді будівлі повинна бути вивіска із зазначенням медичних спеціальностей, за якими провадиться медична практика, прізвища, імені, по батькові фізичної особи – підприємця.

Таким чином, аналізуючи чинну нормативну базу України, а також доктрина права у сфері охорони здоров’я, можна прийти до висновку, що питання діяльності ФОП у цій сфері є достатньо врегульованим. Але, як зазначає Я.Ф. Радиш, для України, яка сьогодні перебуває в стадії трансформації всієї системи державного управління, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров’я, ефективне управління якою є важливим внеском у досягнення належних стандартів життя населення [3, с. 206]. Тому, зважаючи на те, що стрімкий розвиток суспільства потребує і відповідного розвитку законодавства, можна сказати, що впровадження змін у сфері охорони здоров’я є позитивним аспектом в функціонуванні нашої країни.

Література:

1. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров’я / Пашков В.М. // Нац. юридична академія Укр. ім. Я. Мудрого. – 2010. – с.1-37.

2. Правовий статус медичного закладу / О. Беденко-Зваридчук // Практика упр. мед. закладом. – 2012. – № 5. – С. 11-24.

3. Державна політика у сфері охорони здоров’я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. - Ч. 1. – С. 192-238.

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

Лисенко П.О.,

студент 21 групи,

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Сьогодні проблема медичного страхування в Україні дійшла критичної позначки оскільки у зв’язку з нестабільним становищем у країні зростає кількість випадків та ризиків потребуючих надання невідкладної медичної допомоги їх учасників. Також медичне страхування не має чіткого юридичного закріплення в законодавстві України, яке могло би сприяти більш простішому та систематизованішому способу його отримання.

Оскільки ця тема є нагальною майже з самого початку проголошення України незалежною, то її досліджувало досить значна кількість науковців та інших діячів

цієї галузі. Наприклад, Н.П.Кризина відносить медичне страхування як обов'язкове заборону певних соціально-трудова функцій особи та її користі суспільству взагалі [1, с.64]. Інші бачать таке страхування як однією з найголовніших цілей держави та суспільства. Для вирішення цього питання основна частина науковців дає лише два варіанти рішення. Це запровадження обов'язкового медичного страхування або добровільного медичного страхування. О.В.Манжосова, наприклад, виступає за обов'язкове медичне страхування в Україні, зазначаючи, що головними проблемами страхування в нашій країні є недостатність державного фінансування та слабе волевиявлення самих громадян, що пов'язане з їхньою слабкою інформованістю щодо належного використання системи страхування, яке майже не закріплене юридично, особливе, медичне[2, с.3]. Для вирішення цієї проблеми вона наводить приклади інших країн, а саме країн Європи та Сполучені Штати Америки. В Німеччині, Австрії, Франції, Швейцарії, як вона зазначає запроваджена система обов'язкового страхування щодо охорони здоров'я і основними ознаками цього є реалізація медичного страхування через некомерційні організації такі, як страхові та лікарняні каси, сплата страхових внесків і громадянами і роботодавцями та існування договірною списку лікарських, медичних установ, спеціалістів та ліків для зручного страхування особам за місцем проживання [2, с.3]. Для цього ми повинні провести соціальні опитування щоб дізнатися кількість найбільш поширених у суспільстві хвороб осіб відповідно до вікового критерію, середню кількість осіб, яким потрібне медичне страхування, які проживають в кожній адміністративно-територіальній одиниці на території України та мінімальний страховий внесок, який може внести громадянин України та інші фізичні особи, які отримують мінімальну заробітню плату. По-перше, ми зможемо орієнтуватися на які категорії осіб потрібно створювати відповідні лікувальні заклади, по-друге, ми повинні знати наскільки медичне страхування повинне бути мобільним залежно від місця проживання, по-третє, ми зможемо встановити мінімальний страховий внесок відповідно до матеріального становища осіб. Інші науковці, такі як Є.М.Кісельов, С.В.Бурлаєнко та І.М.Солоненко вважають доречним встановлення не тільки обов'язкового, а і добровільного медичного страхування. Вони в своїх працях посилаються на нормативну базу таких міжнародних угод як Оттавську Хартію, схвалену на Першій міжнародній конференції з охорони громадського здоров'я та на законодавство України, в особливості Конституцію і Закон України «Про страхування»[3, с. 1-2]. Це вказує на те, що проблемою є не тільки недостатнє бюджетне забезпечення страхування, але і слабе економічне становище і держави і суспільства в цілому. Ці науковці пропонують об'єднати в деяких аспектах ці два види страхування. Вони вказують у своїх працях, що охорона здоров'я людей повинна забезпечуватися державним фінансуванням залежно від конкретних категорій пацієнтів в соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм, а невідкладна медична допомога – в державних і комунальних лікувальних закладах, де вона буде надаватися безоплатно [3, с.2]. Також, вони пропонують створити багатогалузеву, багатоканальну систему фінансування, завдяки якій основні статті видатків на охорону здоров'я будуть іти до різних джерел фінансування і щоб щомісячні платежі підприємств пацієнтів були дофінансуванням державних коштів затрачених на їх лікування[3, с.3]. Для цього вони вбачають в державі, підприємці та громадянини – партнерів у здійсненні права на охорону здоров'я. Загалом, всі вищезгадані науковці та більша частина інших їх

колег вважають, що в Україні доцільно запровадити закордонний досвід медичного страхування.

Отже, на сьогодні проблема медичного страхування досі не вирішена. Для подолання такої проблеми необхідно в найближчий час в нашій країні провести чітке юридичне закріплення обов'язкового або добровільного медичного страхування, а громадяни України та інші фізичні особи, що проживають на території України повинні самостійно створювати громадські об'єднання та організації для забезпечення прав на охорону життя на прикладі профспілок та інших організацій. Також бажано було би створити єдиний реєстр для медичного страхування, створити зручний порядок внесення страхових внесків для більш простішого страхування.

Література:

1. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. з державного управління: спец.2500.02. – << Механізми держ. управління >>/Н.П.Кризина. – К. – 2008. – 36 с.

2. Манжосова О.В., – Особливості розвитку системи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні, – кандидат юридичних наук, доцент кафедри цивільно правових дисциплін Чернівецького факультету Національного університету,, Одеська юридична академія” . – 2012. – №1(30)

3. Кісельов С. М., – Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні, – Кісельов С. М., Бурлаєнко С. В., І. Г. Кірпа, Свиридюк В. В., Солоненко І. М. Національна академія державного управління при Президентові України, – Страхова компанія «ІнтерТрансПоліс». – Київ. – №1. – березень 2004.

Лифарь А.О.,

студент 21 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ТАЄМНИЦЯ З ТОЧКИ ЗОРУ ЦИВІЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Особисті немайнові права людини забезпечують її природне існування і соціальне буття, а відносини, які виникають у сфері їх реалізації, складають предмет цивільно – правового регулювання. Показово, що при визначенні предмета цивільного права особисті немайнові відносини стоять на першому місці, а майнові – на другому.

Конституцією України особистим правам людини присвячено одне з центральних місць, а саме Розділ II «Права, свободи та обов'язки людини і громадянина». Перелік цих прав і свобод досить великий, але не вичерпний, а самі вони не є відчужуваними. Держава гарантує рівність прав і свобод людини незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного і соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак.

Конституція України, а саме стаття 49, проголошує, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1]. Стаття 32 містить заборону втручатись в особисте і сімейне життя, а також заборону збирати, зберігати, використовувати конфіденційну інформацію про особу без її згоди. Аналогічні принципи встановлені в Загальній декларації прав людини та Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод [2,3].

Однією з найпоширеніших проблем сьогодення виступає лікарська таємниця, яка є однією з основних складових медичного права та медичної етики. Це питання досліджували такі науковці : В.Д.Волков, В.І.Журавель, В.Г.Карпук, С.О.Козуліна та інші.

Лікарська таємниця – це один з видів медичної таємниці. Так, як встановлює стаття 286 Цивільного кодексу України, фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні [4]. У науковій літературі існують різні підходи до розуміння лікарської таємниці, запропонованих соціологами, медиками, юристами. Одні з них наголошують на морально – етичну сторону лікарської таємниці, інші – на права пацієнта, треті – на осіб, зобов'язаних зберігати таємницю.

Наприклад, І.Сенюта розуміє під лікарською таємницею всі відомості, що отримані від хворого чи виявлені при медичному обстеженні, лікуванні, що не підлягають розголошенню без згоди хворого [6,с.46].

В.Головенченко, Л.Грузова зазначають, що лікарська таємниця – це відомості про хворобу, особисте та інтимне життя хворого, що стають відомими медичним працівникам у процесі виконання ними своїх професійних обов'язків [7,с.28].

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» лікарська таємниця – це відомості, що не мають права розголошуватися медичними працівниками та іншими особами, яким у зв'язку з виконанням професійних та службових обов'язків стало відомо про стан здоров'я, хворобу, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну та сімейну сторону життя громадянина [5].

Лікарська таємниця є складовою більш широкого поняття – професійна таємниця. Інформація, яка є професійною таємницею повинна відповідати таким вимогам :

- стала відомою особі в силу виконання нею своїх професійних обов'язків;
- заборона на поширення довіреної інформації, яка може завдати шкоди правам і інтересам довірителя;
- інформація не відноситься до відомостей, що становлять державну і комерційну таємницю.

Як бачимо, лікарська таємниця відповідає всім перерахованим вимогам, що робить її однією з різновидів професійної таємниці.

Важливим аспектом медико – правового дослідження лікарської таємниці в контексті медичного права та цивільного права є проблема повідомлення діагнозу невиліковно хворому пацієнту [8,с. 252].

Досить довго існувала практика приховування правильного діагнозу, повідомлення неправдивої інформації хворому, керуючись принципом «неправда заради добра». Прихильниками цього принципу виступають лікарі, у той час серед супротивників цієї концепції переважають юристи.

Представники юридичної науки, говорячи про необхідність повного й правдивого інформування невиліковного хворого, пояснюють свої думки наданням пацієнтові можливості здійснення певних дій. Йдеться про: розпорядження своїм майном, оформлення шлюбних відносин, розлучення. У випадку якщо мова йде про надання неправдивих відомостей, то рішення пацієнта буде прийняте в умовах порушення його права на одержання інформації, і в цьому разі ми маємо справу вже із

двома порушеннями правових норм – згодою на медичне втручання й необхідність адекватного інформування пацієнта. Необхідно пам'ятати також про норму статті 285 Цивільного кодексу України, яка проголошує, що повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я.

На нашу думку, найбільш виправданим буде подання всієї повноти інформації хворому, але в м'якій, толерантній формі, з обов'язковим застосуванням тих методів та способів лікування, які найбільш ефективні при хворобі. Таке повідомлення хворого пацієнта буде свідченням поваги його прав і законних інтересів, наданням можливості розпорядитися своїм майном, зробити певні дії з дотриманням чинного законодавства.

Література :

1. Конституція України від 28.06.1996 р. // ВВР, 1996, №30, ст. 141.
2. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 року.
3. Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод від 01.11.1950 р.
4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. // ВВР, 2003, № 40 – 44, с. 356.
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. // ВВР, 1993, №4, ст. 19.
6. Сенюта І. Медична таємниця : медико – правові аспекти // Львівський правничий часопис «Життя і право», № 1, 2005 – с. 43-50.
7. Головченко В., Грузова Л. Лікарська таємниця як медико – правова проблема // Юридичний вісник, 2001.
8. Стеценко С.Г. Медицинское право – Учебник – Спб : Юридический центр Пресс, 2004, с. 246 -267.

Любена Т.К.,

студент 34 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УКРАЇНІ:

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ Й ОСНОВНІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ

Серед найбільш серйозних проблем у сфері охорони здоров'я чільне місце посідають злоякісні новоутворення. У більшості випадків захворювання на рак виявляються невиліковними. Близько половини хворих помирає від цієї недуги навіть у розвинених країнах. В Україні ж ситуація виглядає ще гірше: смертність від онкологічних хвороб посідає 2 місце серед причин смертності, щорічно в нашій державі реєструються понад 150 тисяч нововиявлень злоякісних захворювань, а найвищі показники захворюваності спостерігаються у південних областях, а також Кіровоградській, Полтавській областях. Тож вищеописана ситуація потребує не тільки медичної, а й соціальної допомоги. З огляду на це останнім часом в онкологічних службах різних країн активно розвивається такий напрям, як паліативна допомога, призначення якої вбачають, передусім у поліпшенні якості життя безнадійно хворих.

Паліативна допомога спрямована на послаблення болю та інших тяжких симптомів, стверджує цінність життя, але відноситься до смерті як до природної події, не прагнучи її прискорення чи відстрочення. Паліативна допомога включає психологічну та моральну підтримку, спрямовану на допомогу хворому зберігати в максимально можливій формі активне життя до останнього дня. Система підтримки

для близьких хворого покликана допомогти їм впоратися з трагічною ситуацією, при необхідності – із застосуванням психологічного консультування після смерті хворого [1].

Головною ланкою системи паліативної допомоги онкохворим виступає хоспіс (англ. house peace – дім миру, або те місце, де людина могла б у мирі та спокої гідно провести останні дні життя) – спеціалізований лікарняний заклад для термінальних хворих, який об'єднує лікарський та сестринський догляд. На нього покладаються функції, згідно із запропонованими комплексами: проведення знеболювальної, детоксикаційної, симптоматичної, коригуючої психоемоційний статус, протипухлинної терапії; лікування ускладнених ран тощо. У «Заповідях хоспісу» є такі рядки: «Ми працюємо з живими людьми. Тільки вони помирають раніше за нас. Ми тільки попутники на цьому етапі життя пацієнта. Будь завжди готовий до правди і щирості, але не поспішай. Кажі правду, якщо пацієнт цього хоче і якщо він готовий до цього» [4].

Для позалікарняного обслуговування таких хворих модель паліативної допомоги передбачає організацію динамічного спостереження і стаціонарного лікування в домашніх умовах, що здійснюються дільничними службами амбулаторно-поліклінічних закладів або, у перспективі, лікарями загальної чи сімейної практики [2].

Важливим для розвитку паліативної допомоги є правове регулювання даного питання на міжнародному та національному рівнях. Зокрема, Парламентська асамблея Ради Європи у 1999 році прийняла резолюцію «Про права хворих і помираючих людей». В ній, зокрема, зазначається, що «істинні інтереси хворого не завжди можуть бути враховані шляхом надмірного застосування найсучасніших технік, що продовжують життя...». В резолюції також наголошено, що «помираючі пацієнти в більшості випадків хочуть померти мирно й гідно, по можливості при розраді та підтримці з боку їх родини й друзів». Ще одним важливим документом, що визнає права в тому числі онкохворих осіб на гідне завершення життя є Паризька Хартія боротьби проти раку, підписана у 2000 році. Вона визнає право хворих на онкологічні захворювання жити повноцінним життям в умовах, що забезпечують їм гідність, спеціальне лікування, медичну, психологічну, соціальну і трудову реабілітацію, а також паліативну допомогу та адекватне знеболення. У 2007 році Україна стала 32-м учасником цієї Хартії, після її підписання Президентом України.

Ще у листопаді 2003 р. Комітетом Міністрів Ради Європи були прийняті Рекомендації державам-учасникам (серед них і Україна) по організації паліативної допомоги. У цьому документі урядам держав-учасників рекомендується, зокрема, прийняти політичні, законодавчі та інші заходи, необхідні для створення погодженої політики щодо розвитку системи паліативної допомоги [3].

Виходячи з цих міжнародних актів, Україна в останні роки почала врегулювати це питання впровадженням нормативних актів на національному рівні. Зокрема, ст. 8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року в 2011 році було доповнено пунктом про право громадян на безоплатне отримання паліативної допомоги, а також статтею 35-2, де регулюється надання паліативної допомоги; Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 р. затвердив основні шляхи розв'язання проблеми надання в тому числі і паліативної допомоги шляхом розширення ланки хоспісів, залученням волонтерів,

утворенням кабінетів протибольової терапії, удосконаленням системи психологічної підтримки хворих та їх близьких, а Наказом МОЗ України та НАМН України від 14.05.2010 № 409/36 «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» було затверджено конкретні заходи на виконання такої програми; Наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» описав порядок створення хоспісів та надання в їх межах паліативної допомоги в тому числі і онкологічним хворим. Також вартий уваги спеціалізований Наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», в якому затверджено не лише порядок надання паліативної допомоги, а й перелік медичних показань для надання останньої.

Отже, паліативна допомога – це лікування, спрямоване, в основному, на полегшення симптомів, викликаних раком, а не на лікування. За даними спеціалістів ВООЗ при наданні паліативної допомоги можна забезпечити полегшення фізичних, психо-соціальних та духовних проблем більш ніж у 90% пацієнтів із занедбаними стадіями раку [1].

Література:

1. Паліативна допомога в Україні на прикладі хворих на онкологічні захворювання / Пономарьова О.В., Пономарьов С.В. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.sworld.com.ua/index.php/uk/legal-and-political-science-411/commercial-labor-land-law-civil-and-administrative-law-411/11027-411-1062>

2. Наукове обґрунтування організації паліативної медичної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії / Дячук Д.Д. // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. – Київ, 2003;

3. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні/ Губський Ю.І., Царенко А.В. та інші // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://healthrights.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/paliativka.pdf

4. Практичне право: права пацієнтів (Інтерактивний курс медичного права) : навч. посіб. / Галай В. О., Гречанюк С. К., Сенюта І. Я. та ін.; за ред. С. Г. Стеценка та А. О. Галай. – К. : КНТ, 2009. – 224 с.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Маліченко М.А.,

студент 4-го курсу

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ГОСПОДАРСЬКО-ДОГОВОРНІ ВІДНОСИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Актуалізація питання поширення договірних відносин у сфері охорони здоров'я почалася з переходом України до ринкової економіки. Ця тематика й до цих пір є досить актуальною, що пов'язано з постійним розвитком господарювання, і галузь охорони здоров'я не є виключенням, та необхідністю реформування даної сфери, що дозволить надати новий поштовх для розвитку цієї галузі, наслідком чого має бути забезпечення ефективності та доступності медичного обслуговування. Господарські відносини у галузі охорони здоров'я суттєво відрізняються від таких

відносин в інших сферах. Так, господарським законодавством не передбачені окремі види договорів у галузі охорони здоров'я, тому договірні відносини у цій сфері є дуже різноманітними, а самі договори мають як загальні ознаки, що дозволяє виділити їх в окрему групу, так і специфічні ознаки, за допомогою яких їх можна відмежувати один від одного [1].

Метою даної роботи є дослідження господарських договорів як способу впливу на господарсько-правові відносини у сфері охорони здоров'я.

Найбільш поширеними видами господарських договорів, зокрема в оптовій торгівлі лікарськими засобами є договір купівлі-продажу та договір поставки, договори про надання послуг, у тому числі посередницькі, у сфері обігу лікарських засобів. Окреме, вагоме місце серед посередницьких договорів займає консигнація. Цивільним кодексом даний договір не передбачений, однак його визначення міститься у п. 3 постанови КМУ "Про затвердження Порядку віднесення операцій резидентів у разі провадження ними зовнішньоекономічної діяльності до договорів виробничої кооперації, консигнації, комплексного будівництва, оперативного та фінансового лізингу, поставки складних технічних виробів і товарів спеціального призначення та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України", за цим зобов'язанням одна сторона (консигнатор) зобов'язується за дорученням іншої сторони (консигнанта) протягом визначеного часу (терміну дії угоди консигнації) за обумовлену винагороду продати з консигнаційного складу від свого імені товари, які належать консигнанту. За свою правовою природою цей вид господарського договору схожий з договором комісії, у країнах Заходу договор консигнації розглядається як різновид комісії, який пов'язаний з продажем товарів за кордон. Поставка товарів на консигнацію дає можливість покупцеві ознайомитися з товаром безпосередньо на складі консигнатора, перевірити його в дії. В Україні митні ліцензійні склади використовують у якості консигнаційних, через відсутність останніх в нашій країні. Як правило консигнація застосовується для реалізації товарів масового або серійного характеру, у тому числі ліків. Необхідно зауважити, що консигнатору необов'язково мати ліцензію на реалізацію лікарських засобів, оскільки ввезення останніх в Україну здійснюється лише на основі інформації про їх реєстрацію. Використання даного договору щодо надання послуг з реалізації лікарських засобів має певні особливості, які пов'язані із додатковими вимогами, що стосуються умов та терміну зберігання товару, специфіки його функціонального призначення, тощо [2].

Також варто згадати договір комерційної концесії або як його іноді називають франчайзингу, який є досить розповсюдженим, у тому числі в медичній галузі. Предметом цього договору є право на використання об'єктів права інтелектуальної власності, комерційного досвіду та ділової репутації. Даний договір є подібним до ліцензійного договору, основною відмінністю є обов'язок франчайзера передати засоби індивідуалізації, такі як фірмове найменування, торгова марка, тощо.

Актуальним є питання популяризації договорів медичного страхування, що розглядається як засіб реформування галузі охорони здоров'я. Законодавством України передбачене добровільне медичне страхування (ст. 6 ЗУ "Про страхування") та загальнообов'язкове медичне страхування (ст. Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування). Як зазначає В. М. Пашков, медичне страхування можна розглядати з різних позицій: медичне страхування як страхування взагалі; медичне страхування як форма страхування здоров'я;

медичне страхування як форма страхування життя; медичне страхування як форма соціального страхування; медичне страхування як форма соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я. Серед добровільного страхування виділяють також корпоративне страхування (працівники отримують медичну страховку як елемент соціального пакета від роботодавця), страхування медичних витрат, відповідно до якого страхувальник перераховує кошти в страхову медичну організацію, яка, у свою чергу за наявності страхового випадку сплачує медичному закладу вартість медичних послуг відповідно до рахунків.

Отже, можна констатувати все більшу комерціалізацію сфери охорони здоров'я. Різноманіття господарських угод у даній сфері в основному є наслідком використання так званих змішаних договорів, в яких містяться елементи різних договорних видів, і до яких застосовуються у відповідних частинах закони та інші правові акти про договори.

Література:

1. Щербина В.С. Господарське право: Підручник. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Юрінком Інтер, 2005. – 592 с.
2. Пашков В. М. Договірні відносини у галузі охорони здоров'я: електронний ресурс за посиланням – www.apteka.ua/article/5995.

Марсова К.

студент 44 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Сучасний стан реформування медичної діяльності потребує особливої охорони при наданні медичних послуг. Це питання активно обговорюється серед науковців, адже законодавство яким би мало регулюватися дане питання наразі недосконале. Крім того, вітчизняною судовою практикою не визначено засади застосування цивільно-правової відповідальності, на основі яких суди мали б змогу справедливо та однаково вирішувати такі справи, а також уникати судових помилок.

Проблемним є також те, що правова література якою досліджувалось питання цивільної відповідальності медичних закладів і працівників за заподіяння шкоди здоров'ю пацієнтів присвячена порівняно невелика кількість публікацій і представники цієї школи належать переважно до російської правової науки: М.Ф. Герасименко, А.П. Громов, Є.В. Козьмін, М.М. Малєїній, В.П. Новосьолов, Ю.Д. Сергєєв, С.Г. Стеценко, А.В. та деяким іншим, а це значить, що відповідні публікації ґрунтуються на законодавстві країн, представниками яких є зазначені автори. На сучасному етапі такий вчений як Антонов С.В. присвятив свою дисертацію темі цивільно-правової відповідальності за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг. [1, с.24]

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди. Проаналізувавши літературу, можна зробити висновок, що правопорушення є тим юридичним фактом, з яким закон, чи інший нормативний акт пов'язує виникнення певних зобов'язальних правовідно-

син. За такими правовідносинами до порушника чи іншої зобов'язаної особи застосовуються відповідні заходи відповідальності.

Підставою настання цивільно – правової відповідальності у сфері надання медичних послуг є особливий склад цивільного правопорушення, що включає в себе сукупність умов, необхідних для покладання відповідальності на правопорушника у сфері надання медичних послуг. Такими умовами є: протиправність поведінки, наявність шкоди в потерпілого, причинного зв'язку між протиправною дією (бездіяльністю) та шкодою, що наступила та вини особи.

Серед найголовніших особливостей цивільних правовідносин з надання медичних послуг є його спрямованість на особливий об'єкт – організм людини та головну мету – поліпшення чи підтримання здоров'я людини, соціальну значущість, публічність, а також необхідність особливого контролю з боку держави та суспільства. Об'єктом правовідносин з надання медичних послуг є сама медична послуга, що складається з дій медичного характеру. Медична послуга належить до фактичних послуг і включає в себе застосування спеціальних медичних заходів стосовно здоров'я, поліпшення чи підтримання стану пацієнта.

За ст. 201 ЦК України здоров'я є особистим немайновим благом людини, яке охороняється цивільним законодавством, а також належить до об'єктів цивільних прав.

У науковій літературі дискусійним є питання віднесення вини працівника закладу охорони здоров'я при наданні медичних послуг до обов'язкових умов настання відповідальності.

Г.Ф. Шершеневич, Г.К. Матвеев запропонували вважати підставою цивільно-правової відповідальності склад правопорушення, що включає сукупність об'єктивних і суб'єктивних елементів. До об'єктивних елементів ці автори віднесли: протиправну поведінку, її результат і причинний зв'язок між ними, а суб'єктивним елементом вони визначили вину правопорушника. Г.К. Матвеев підкреслює, що за відсутності одного з зазначених елементів відповідальність настати не може. [2, с.38]

С.С. Алексеев також визначив підстави настання відповідальності за допомогою складу правопорушення. Але він не погодився із точкою зору Г.К. Матвеева щодо розподілення елементів складу на об'єктивні та суб'єктивні, а також невірним зближення їх з елементами складу злочину, С.С. Алексеев запропонував розглядати як ознаки складу цивільного правопорушення об'єкт, суб'єкт правопорушення та його об'єктивну сторону. Тим часом він не включає вину до обов'язкових елементів правопорушення та говорить про більш точне відображення специфіки відповідальності в цивільному праві [3, с. 60].

О.С. Юффе та деякі інші вважали, що для настання відповідальності необхідна наявність суспільно-небезпечного, протиправного та винного діяння. Відсутність одної із зазначених ознак виключає її. Однак така позиція, можливо, не є досконалою з огляду на те, що у вітчизняному цивільному праві можлива відповідальність і без вини.[4, с.7]

В умовах правових перетворень у галузі регулювання медичної діяльності цивільно-правова відповідальність набуває особливого значення. На нашу думку, для настання цивільно-правової відповідальності за шкоду здоров'ю необхідно, щоб така шкода була спричинена з вини заподіювача. Вина медичних працівників, як правило, може виступати у формі необережності, а для звільнення від обов'язку

відшкодувати шкоду здоров'ю заподіювача шкоди повинен довести, що вона стала-ся не з його вини.

Література:

1. Антонов В.С. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням / В.С. Антонов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 7. – С.24

2. Карамішев Д.В. Державна політика щодо запровадження в Україні страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників / Д.В. Карамішев, О.Г. Рогова // Актуальні проблеми державного управління. – 2010. – № 2 С.38

3. Сергєєв Ю.Д. Юридичний захист прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я. / Рекомендації для громадян і некомерційних організацій із захисту прав та інтересів населення в області здоров'я. М.: Політек, 1997. С. 60-171.

Саркісян А., Громов А., Шиленко Ю. Скільки коштує помилка? Про правові засади, що регламентують діяльність працівників охорони здоров'я в умовах страхової медицини // Мед. газета. 1993, N 4. С.7.

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

Матосян Г.Л.,

студент 3 курсу

ШОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОГОВОРІВ ГРИ ТА ПАРІ

На сьогодні азартні ігри займають велику частину соціального життя багатьох людей. Азарт можна виокремити як загальносоціальне явище, що є складовою суспільного життя. Потяг до азарту та ризикової гри притаманна багатьом людям у всьому світі. В багатьох країнах, наприклад США, Франція та Німеччина – гральний бізнес є врегульованим на законодавчому рівні. В Україні ж такий вид діяльності є забороненими, згідно з Законом України «Про заборону грального бізнесу в Україні» від 15.05.2009, проте в країні набувають поширення такі заклади, як нелегальні казино, букмекерські контори тощо.

Недостатній рівень правового регулювання договорів гри та парі в Україні надає підстави вважати це питання актуальним та провести аналіз праць вітчизняних науковців та іноземного законодавства. Різноманітні аспекти правового регулювання ігрового ризику розглядалися у наукових працях Брагінського М.І., Вітряньско-го В.В., Дзери О.В., Тімуш І.С., Суханова Є.О. [6, с. 28]

В Російській Федерації громадяни мають право на гру та парі, але їх позови, які виникають з гри або парі не підлягають судовому захисту крім випадків, визначених законом[1]. В Цивільному Кодексі Франції, главою « Про гру та парі» передбачено, що закон не передбачає можливості подачі позову про стягнення боргу, який виник із гри, або оплати парі. В КНР такі дії забороняються. В США встановлено загальнодозвільний режим легалізованих видів ігор та парі [3, с.23].

Специфіка цих договорів полягає у тому, що в іграх та в парі виграє одна сторона та програє інша. Для виникнення зобов'язання з гри та парі вчинення одностороннього правочину є неможливим. Зобов'язання з гри(парі) не може складатися з сукупності односторонніх правочинів, оскільки односторонній правочин може створювати обов'язки лише для особи, яка його вчинила [4]. Тобто, договори гри та

парі мають двосторонній характер, тому що для укладення таких договорів потрібне волевиявлення двох сторін – як організатора гри(парі) так і гравця.

Договори гри та парі є реальними, тобто вони є укладеними з моменту, коли учасник зробить ставку – плату за участь гравця в грі або парі.

Договори про проведення гри і парі є оплатними, оскільки матеріальної форми вони набувають у вигляді ставки, яка здійснюється однією стороною, протистоїть ймовірність отримання від іншої сторони в разі настання позитивного результату гри матеріального надання у вигляді виграшу. У зв'язку з тим, що ставці протистоїть не сам виграш, а лише ймовірність його отримання, даний договір прийнято відносити до так званих ризикових (алеаторних) договорів.

Специфікою таких ризикових договорів є те що, результат договору залежить від обставини про настання якої наперед нічого невідомо. Договори пов'язані з іграми та парі розглядаються як різновид умовних договорів, так як сторони договору поставили виникнення прав та обов'язків в залежність від обставини, щодо якої не відомо відбудеться вона чи ні.

Сторонами договору гри зазвичай є організатор гри(парі) й учасник гри(парі). Істотними умовами договору про участь в азартній грі та парі є умови про його предмет (ставку, виграш), а також про правила гри й сутність парі, тобто про зміст умов, що визначають розподіл прав та обов'язків.

Своєрідним є договір парі, він на відміну від договору гри має свої особливості. Особливість парі як способу виконання зобов'язання за договором полягає у виконанні не будь-якою ціною, а лише відповідно до правил парі, установлених за погодженням сторін договору.

Як зазначає І.С. Тімуш, у юридичному значенні парі існує у вигляді договору парі, під яким потрібно розуміти домовленість між учасниками або учасниками й організатором парі, за якою кожна із сторін (учасники парі) зобов'язується перед іншою виплатити приз (грошову суму, передати річ, виконати роботу, надати послугу) у випадку, якщо її твердження щодо певної обставини виявиться неправильним (сторона, що програла), а твердження іншої (тієї, що виграла) сторони – правильним.[5, с.12]

У договорі парі виграш або програш ставляться в залежність від правильності або неправильності прогнозу сторін щодо предмету договору, що наводяться сторонами.

Договір гри обумовлює виграш або програш результатом сукупністю дій, учиненими сторонами договору для спільного проведення часу, або існуванням чи не існуванням, настанням чи ненастанням будь-якого факту, який застосовується сторонами виключно для вирішення питання про виграш або програш.

Отже, договір парі є домовленістю між учасниками або учасниками та організатором парі, за якою кожна із сторін (учасники парі) зобов'язується перед іншою виплатити приз (грошову суму, передати річ, виконати роботу, надати послугу) у випадку, якщо її твердження щодо певної обставини виявиться неправильним (сторона, що програла), а твердження іншої (тієї, що виграла) сторони – правильним.

Договір гри є специфічним видом ризикових правочинів, який полягає в тому, що результат залежить від події, про настання якої наперед нічого не відомо, а також від ступеня спритності сторін, їх комбінаційних здібностей або тією чи іншою мірою від випадку [6, с.30].

На мою думку, доречніше було б скасувати Закон України «Про заборону грального бізнесу України» та окремо врегулювати питання договорів гри та парі. В багатьох країнах, в тому числі і в Україні, кожен день ми бачимо нелегальні казино та букмекерські контори, в яких люди укладають договори гри та парі. Легалізуювши їх, Україна отримає надходження до державного бюджету за рахунок податків та введе гральний бізнес з тіні.

Необхідно прийняти новий закон, який би врегулював діяльність казино, букмекерських контор та інших азартних установ, порядок ліцензування здійснюваної ними діяльності. Закріпити в Цивільному Кодексі України загальні положення про договори гри та парі та істотні умови цих договорів. Створити нормативно-правовий акт, що дасть змогу врегулювати загальні положення організації гри та парі, порядок виконання зобов'язань за цим договорами та відповідальність за їх порушення.

Література:

1. Цивільний Кодекс РФ от 30.11.1994 – [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://base.garant.ru/10164072/59/#block_2058.
2. Цивільний Кодекс Франції – [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://pnu.edu.ru/ru/faculties/full_time/uf/iogip/study/studentsbooks/histsources2/igpzio49/.
3. Short History of Gaming and Regulatory Control in Nevada Gaming Law. The Authoritative guide to Nevada Gaming Law. Zionel Sawyer and Collins. Las Vegas and Reno, Nevada. Third Edition, 2000. С. 1–28
4. Цивільний кодекс України – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
5. Тімуш І.С. Цивільно-правове регулювання ризикових (алеаторних) договорів : дис... канд. юрид. наук : спец. 12.00.03 / І.С. Тімуш. – К., 2004. – 198 с.
6. Гончарова А. В. Правова природа виникнення зобов'язань із гри й парі: теоретичне формулювання та правові колізії [Електронний ресурс] / А. В. Гончарова // Право. –2010. <http://dspace.uzhnu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/4402/1/86.pdf>

Мельник М.М.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЯК НАВЧИТИ ЛІКАРЯ ЮРИДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ І ЗАХИСТИТИ ЙОГО НА РОБОТІ ЧИ В СУДІ

Нині юридична обізнаність наших лікарів дійсно дуже низька. Приміром, медичний працівник сьогодні не розуміє, що підписання інформованої згоди захищає не стільки пацієнта, як самого медичного працівника. На жаль, наші лікарі хибно вважають, що вони – поза правовідносинами. Тому коли хтось здійснює галас, що лікарів треба захищати від пацієнтів – це вершина правової безграмотності. Бо пацієнт для лікаря – це «користувач його послуг». А лікар має вимагати захисту прав (належного оснащення робочого місця, умов праці, її оплати, гарантування безпеки тощо) від свого керівника-роботодавця.

Я згоден з думкою автора про те, що лікарям треба усвідомити: чим краще вони орієнтуватимуться у правовому полі, тим легше їм буде реалізовувати свої права. Це аксіома. За кордоном організувати юридичну освіту медиків легше, оскільки всі вони є членами фахових асоціацій, що займаються в тому числі й просвітницькими аспектами.

Потреба у фахівцях із медичного права в Україні існує, оскільки існує попит на них у пацієнтів та лікарів. Водночас реальної системи захисту обох категорій в нашій країні ще не створено. Для усунення такої прогалини, наприклад, слід проводити спеціальні курси для фахівців МВС та прокуратури. Сьогодні нерідко трапляються випадки, коли у прокуратурі не знають, з якого боку братися за «медичні» справи.

В Україні юристу важко працювати в галузі медичного права: вітчизняна охорона здоров'я багато в чому регулюється актами ще радянської епохи, складно працювати і через наші сучасні реалії (існування залежної експертизи, судів, які не завжди об'єктивні, «телефонного» права тощо), не кажучи про складну медичну термінологію, яку правнику важко зрозуміти. Юридичний відділ МОЗ України також повинен бути значно потужнішим, адже він має погоджувати багато документів, а враховуючи незначну чисельність фахівців даного підрозділу, вони просто фізично не встигають усе тримати на контролі. Тому нерідко приймаються документи, у яких не враховано окремі нюанси правовідносин.

Водночас у підготовці фахівців із медичного права в Україні слід орієнтуватися не на кількість, а на якість їх підготовки. Якщо ми допускатимемо до викладання фахівців із недостатньою кваліфікацією, то розтиражуємо масу фахових помилок. Вже не кажучи про те, що у нашому чинному законодавстві є багато нестиковок, дискусійних питань, у яких може розібратися тільки фахівець високого гатунку. Скажімо, сьогодні часто неправильно трактується термін «медична помилка» – як синонім халатності та як неналежне виконання своїх обов'язків, хоча це два абсолютно різних поняття. У світі медичні помилки реєструють, аналізують, таку інформацію оприлюднюють як «науку» для інших. У нас такої статистики не існує як і їх досліджень та опублікованих висновків, і всі вважають: якщо лікар вчинив помилку – його потрібно вигнати з лікарні. Однак уся світова медицина знає про існування такого явища, коли лікар робить усе правильно, але результат його дій є несприятливим, що і є лікарською помилкою. Натомість у нашій країні ховають голову в пісок і роблять вигляд, що ми маємо ідеальну медицину.

Важко не погодитись з тим, що медику не обов'язково бути правником. Але свої права та обов'язки він повинен знати і вміти себе захищати, як будь-який свідомий громадянин. Особливо це актуально в ситуації, коли юриста в медичному закладі немає. Або його взагалі немає, або він займається дуже загальними питаннями – звільненням працівників, прийомом на роботу, господарськими питаннями життєдіяльності медичного закладу.

Юристи медичних закладів мали б бути ще й медіаторами – умільцями вести переговори таким чином, щоб усунути конфлікт і розв'язати його, не вдаючись до суду (досудове вирішення спорів). На сьогодні медіація в Україні здебільшого розвивається у бізнесі, але в галузі охорони здоров'я це було б теж дуже доречно, як доводить практика Європи. Тому що суди – це величезні витрати.

Найдієвішою схемою в Європі є та, де кожен лікар входить до професійної асоціації, яка в тому числі займається і захистом прав лікаря. Кожна така асоціація має свій юридичний сервіс. І якщо в окремого лікаря виникає проблема, асоціація його захищає, водночас захищаючи і власний імідж. Дієвою є і друга схема, коли у кожному медичному закладі є юрист – це вигідно і власнику, і лікарю.

Література:

1. Зоряна Черненко: Юридизація медицини – усталений світовий стандарт 2013р. <http://www.vz.kiev.ua/medichne-pravo-v-ukra%D1%97ni-chi-zaxishhaye-likaryu-femida/>

2. Гладун З. С. Законодавство України про охорону здоров'я: поняття, зміст, проблеми і перспективи // Законодавство України про охорону здоров'я: Збірник нормативних актів. – К.: Юрінком Інтер, 2000. – С. 17–20.

Мельничук А.Ю.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

Відповідно до статті 41 Конституції України, кожен має право на підприємницьку діяльність, яка не заборонена законом. Держава захищає права споживачів, здійснює контроль за якістю і безпечністю продукції та усіх видів послуг і робіт, сприяє діяльності громадських організацій споживачів.

Фармацевтична діяльність – сфера науково-практичної діяльності в охороні здоров'я, яка охоплює маркетингові дослідження фармацевтичного ринку, визначення потреби в окремих препаратах, науковий пошук отримання лікарських препаратів, дослідження щодо створення лікарських препаратів, всебічне вивчення їх властивостей, включаючи безпеку та специфічну дію, аналіз препаратів, стандартизацію, реєстрацію, виробництво, контроль якості, умови зберігання, інформацію з постачання, реалізації та застосування ліків, фармацевтичну опіку, підготовку та перепідготовку фармацевтичних кадрів, а також керівництво фармацевтичними підприємствами та їх структурними підрозділами [3, с. 48].

Ліцензування у сфері обігу лікарських засобів є головним елементом у системі державного регулювання фармацевтичного ринку. Над цим питанням працювали такі науковці: Слободянюк М.М., Зіменковський А.А., Федущак А.О. та інші. Дане питання є досить актуальним з огляду на стрімкий розвиток фармацевтичної діяльності в Україні.

Відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 р., ліцензування – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів. Ліцензуванню в Україні підлягають виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів.

Порядок ліцензування фармацевтичної діяльності в Україні регулюється Конституцією України, Господарським кодексом України, Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Законом України «Про лікарські засоби».

Ліцензія – документ, 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 ст. 3 Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. державна політика у сфері ство-

рення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямовується на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості та в необхідному асортименті здійсненню відповідних загальнодержавних програм, пріоритетного фінансування, надання пільгових кредитів, встановлення податкових пільг тощо. Верховна Рада України визначає державну політику і здійснює законодавче регулювання відносин у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів. Кабінет Міністрів України через систему органів державної виконавчої влади проводить у життя державну політику в сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, організує розробку та здійснення відповідних загальнодержавних та інших програм у межах своїх повноважень, забезпечує контроль за виконанням законодавства про лікарські засоби.

Ліцензування передбачає дотримання певних умов і вимог законодавства, порушення яких може спричинити обмеження або заборону здійснення діяльності, для якої необхідне одержання ліцензії. Ліцензуванню підлягають оптова торгівля лікарськими засобами, роздрібна торгівля лікарськими засобами, виробництво лікарських засобів.

Ліцензія на оптову торгівлю лікарськими засобами видається на підставі подання заяви затвердженої форми і необхідних відомостей про наявність у суб'єкта господарювання матеріально-технічної бази та персоналу, що має відповідну кваліфікацію. Ліцензійним органом, якому подаються документи, є Державна служба України з лікарських засобів, яка протягом 10 робочих днів приймає рішення про видачу ліцензії або про відмову у її видачі. Слід враховувати, що Держлікслужба приймає рішення про відмову у видачі ліцензії у разі подання заявником недостовірної інформації щодо дотримання ліцензійних вимог. В цьому випадку знову звернутися за отриманням ліцензії можна буде лише через три місяці після прийняття рішення про відмову.

Ліцензія на роздрібну торгівлю лікарськими засобами видається в такому ж порядку і має ту ж вартість, що й ліцензія для оптової торгівлі. Слід зазначити, що реалізовувати на території України, крім певних винятків, можна лише ті лікарські засоби, які відповідним чином зареєстровані та мають сертифікат якості від виробника, який також завіряється печаткою останнього постачальника. Крім того, ліцензійні умови передбачають обов'язок суб'єкта господарювання зберігати копії сертифікатів якості протягом трьох років з моменту покупки товару. Чітко встановлено заборону реалізовувати неякісні лікарські засоби, а також ті, термін придатності яких закінчився. Більше того, суб'єкт господарювання зобов'язаний затвердити певний порядок дій, спрямованих на виявлення неякісних, фальсифікованих ліків, негайне припинення їх продажу та вилучення з обороту, а також їх знищення чи повернення продавцю (виробнику).

Законодавством передбачена заборона вживання у виробничих приміщеннях аптечних закладів особистих лікарських засобів та харчових продуктів (навіть напоїв чи жувальних гумок). Торгівля ліками в роздріб здійснюється за допомогою аптек, а також їх структурних підрозділів: аптечних пунктів та кіосків [1, с.38].

Лікарські засоби можуть вироблятися як юридичними, так і фізичними особами в умовах аптеки чи промислових масштабах. Головне, що їх діяльність повинна здійснюватися у відповідності до технологічного регламенту та вимог фармакопей-

них статей, які є документами нормативно-технічного характеру, що встановлюють найважливіші вимоги, які висуваються до самого лікарського препарату, а також стосуються його упаковки, методів контролю за якістю, умов і термінів зберігання. Також обов'язково дотримання інших міжнародних технічних умов та вітчизняних державних стандартів. Для будь-якого лікарського засобу, звісно, встановлено обов'язкові вимоги щодо проходження доклінічних досліджень та клінічних випробувань. Порядок проведення таких досліджень та випробувань встановлений Законом України «Про лікарські засоби». Крім загальних документів, які надаються в ліцензійний орган, а саме заяви, відомостей щодо матеріально-технічної бази заявника та кваліфікації персоналу (або окремої фізичної особи у разі індивідуального виробництва), для виробництва медичних препаратів в промислових масштабах необхідна також копія досьє виробничої дільниці (затверджується підприємством) [2, с.124].

Отже, як висновок, можна зазначити, що розвиток фармацевтичної діяльності в Україні зростає стрімкими темпами. Нормативно-правову основу державного управління у сфері ліцензування фармацевтичної діяльності складають як законодавчі, так і підзаконні акти Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України. Ліцензування даного виду діяльності є важливим засобом забезпечення єдиної державної політики в цій сфері, а також захистом основних економічних і соціальних інтересів громадян.

Література :

1. Зіменковський А., Федущак А. До питання законодавчого врегулювання раціональної фармакотерапії та фармацевтичної опіки в Україні. //Медичне право, № 1, – 2008.
2. Правові основи фармацевтичної діяльності : навчальний посібник / В. Д. Берназ, Г. П. Пекліна, А. Пахлеванзаде [та ін.] ; за загальною ред. В. Д. Берназа ; Міжнародний гуманітарний університет. – Одеса : Гельветика, 2014. – 399 с.
3. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. – Львів: Астролія, 2007 – 224 с.

Микитенко В В.,

студент 41групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

РЕПРОДУКТИВНЕ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ: ЗА І ПРОТИ

У 2004 році, в наслідку підписання Додаткового протоколу про заборону клонування людини (2001 р.), було прийнято Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини». Цей Закон має 5 статей, в яких міститься 2 заборонних аспекти: про репродуктивне клонування людини та про ввезення та вивезення клонованих ембріонів людини.

Варто зазначити, що Закон несе в собі неоднозначний характер, адже, з одного боку Уряд України, прийнявши даний нормативний акт, заявив міжнародній спільноті про виконання забезпечення правового врегулювання клонування людини на території нашої країни, з іншого боку – Закон з самого свого прийняття можна вважати неактивним, адже ніякого правового врегулювання так і не забезпечив.

Репродуктивне клонування людини передбачає, що індивід, народжений в результаті клонування, отримує ім'я, освіту, виховання, громадянські права і все, що отримують інші повнозначні громадяни будь-якої держави.

Слід погодитись з думкою Мірошніченко О. А., що сьогодні питання про легалізацію чи заборону клонування в міжнародному праві залишається відкритим. Спроба створення Конвенції про заборону клонування не здобула загальної домовленості, у результаті чого розгляд даного питання було тимчасово відкладено. Щодо заборони клонування найпоширенішим є підхід, згідно з яким слід забороняти не саму технологію клонування, а саме дії, які були вчинені з метою клонування людини. [2]

Сама технологія клонування організмів вже не є новою. Проте, елементи новизни сьогодні присутні в клонуванні ссавців – одержання копій елітних тварин з метою збереження зникаючих видів.

Згідно з Законом України “Про заборону репродуктивного клонування людини” вводиться категорична заборона репродуктивного клонування, виходячи з принципів поваги до людини, визнання цінності особистості, необхідності захисту прав і свобод людини та враховуючи недостатню дослідженість біологічних та соціальних наслідків клонування людини. [1]

Виявлено, що заборона репродуктивного клонування людей становить одну з найгостріших проблем міжнародно-правового регулювання, адже більшість міжнародних документів, національних законодавств, організацій та інструментів погоджуються з необхідністю юридичної заборони даної біотехнології. Аналіз такої заборони у законодавстві Євросоюзу показує, що у більшості його країн репродуктивне клонування людини заборонено і визнано злочином, адже такі дії посягають на людську гідність та цілісність людської особистості в цілому.

Слід зазначити, що під заборону репродуктивного клонування людини в праві Європейського Союзу розуміється саме заборона процесу створення нової людини на генетичному рівні ідентичної іншій живій чи померлій людині.

Крім того, в законодавстві деяких країн Європи також зазначена юридична заборона патентування біотехнологічних винаходів у галузі людського репродуктивного клонування; а також заборонено фінансування з бюджету ЄС для наукових досліджень, пов’язаних з репродуктивним клонуванням людських істот.

Варто зауважити, що нові медико-біологічні досягнення у сфері генетичного клонування людини спричинятимуть дедалі складні проблеми не тільки в галузі прав людини, а й в плані гуманності та етики. Тому потребують нормативного розв’язання численні колізії, які породжені можливістю копіювання людського організму.

Наприклад, гостро стоїть наступне питання: чи буде людська копія мати права людини і громадянина при живому «оригіналі»? Хто в даному випадку вважатиметься батьком цієї людини? І чи має право людина-клон на репродукцію природним шляхом?

Крім того, проблема репродуктивного клонування людини несе в собі не лише технологічні і моральні аспекти. Її необхідно розглядати дедалі ширше, наприклад: у контексті наукового прогресу, можливості та необхідності його регламентації, у тому числі правової, а також етичного аспекту дослідницької роботи. Тут вже йдеться мова про правову регламентацію репродуктивного клонування людини на міжнародному рівні.

Розглянувши досліджуване питання глибше, виявляється, що, крім вище перерахованих причин заборони клонування людини, можна виділити ще одну – релігія. Ставлення до репродуктивного клонування людини, тенденції правової ре-

гласентації визначатимуться на рівні влади також релігією, що домінує в тому чи іншому суспільстві. Сьогодні досить відчутний вплив церкви не лише на суспільну свідомість, а й на державу та законодавче регулювання тих чи інших питань. Адже клонування – досить гостра проблема для релігійної свідомості. Наприклад, у Великобританії незгоду із законопроектом, що дозволяє використовувати клоновані ембріони людини у наукових цілях, висловили примас англіканської церкви архієпископ Кентерберійський і глави основних конфесій цієї країни. Також свій протест надіслав Далай-лама, а Папа Римський засудив клонування людських ембріонів і закликав вчених шанувати гідність людини.

Досить актуальною є сьогодні проблема правової регламентації дій, що спрямовані не на створення повноцінних копій людини, а саме на одержання за допомогою клонування людських ембріонів, де вони виступають джерелом ембріональних стовбурових клітин. Досліди з одержання ембріонів людини на сьогодні вже заборонені в 27 країнах.

Раніше метод штучного запліднення проклав шлях до експериментів із живим ембріоном. В різних комітетах та комісіях, що займаються питаннями біоетики, ця практика викликала гострі суперечки. Наприклад, у Великобританії як результат – дозвіл на вільне використання для наукових досліджень живих ембріонів, які не старші 14-денного віку.

Отже, вирощування тканин та органів людини для потреб трансплантації – це реальна та, на сьогодні, найближча можливість використання успіхів клонування у медицині. Тут йде мова не про репродуктивне клонування людини, а про одержання тканин ембріонів для трансплантації. Найчастіше їх використовують для лікування онкологічних захворювань та хвороб спинного мозку. Крім того, ці тканини можна також застосовувати для лікування цукрового діабету, хвороб Паркінсона й Альцгеймера, а також цирозу печінки.

Отже, «за» і «проти» визначені, проте ми не знаємо, як, при можливому дозволі клонування людини, надалі складуться взаємовідносини між людьми і клонами, яким буде правовий статус останніх. Варто усвідомлювати, що права та обов'язки клонованого щодо своїх клонів і навпаки – все це непрості проблеми. Ким будуть клони у своєму сприйнятті і як до них ставитимуться інші? Чи не вважатимуть себе клони людьми «нижчого гатунку»?

Література:

1. Васильєва Н. Г. Поняття права на цілісність особистості та його міжнародно-правова характеристика / Н. Г. Васильєва // Пробл. законності: Респ. міжвід. наук. зб. / Відп. ред. В. Я. Тацій. – Х: Нац. юрид. акад. України. 2007. – Вип. 94. – С. 225-231.
2. Мірошніченко О.А. Закріплення права на життя в Європейській конвенції про захист прав людини та основних свобод // Проблеми розвитку юридичної науки у новому столітті (До Міжнародного дня науки за мир і розвиток): Тези наук. доп. та повідомлень учасників наук. конф. молодих учених (м. Харків, 25-26 грудня 2002 р.) / За ред. М.І. Панова. – Х.: Нац. юрид. акад. України, 2003. – С. 54.

*Миколаєнко А.В.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «МЕДИЧНА ПОМИЛКА»

Пріоритетними напрямками розвитку України як соціальної держави є збереження здоров'я населення та надання ефективних медичних послуг. Однак, наявність великої кількості позовних заяв про неналежне надання медичної допомоги, а також проблем, пов'язаних з притягненням медичних працівників до відповідальності, створює необхідність удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я.

Досить поширеною залишається дискусія, щодо визначення правової дефініції терміну «медична помилка» та відповідальності за неї. Зокрема, ці питання розглядали у своїх працях такі вчені як В.А. Савченко, Т.І. Андрієвська, Г.В. Чеботарьова, Т.В. Заварза, Т.В. Гандзій, Р.С. Титикало.

В Україні не існує узагальнення судової практики чи офіційної статистики стосовно проблеми медичних помилок. Не розглянуто це питання і в оглядових листах Верховного суду.

В свою чергу, слід зазначити, що у США доля лікарських помилок складає 3-4% з загальної медичної практики, у Великобританії – 5%, у Франції – 3 %. У Великобританії від лікарських помилок, щорічно помирають до 70 тис. людей, у США за різними оцінками – 50-100 тисяч [3].

Не вирішено питання й щодо тлумачення на законодавчому рівні поняття «медична помилка».

О.О. Прасов вважає, що лікарські помилки необхідно розглядати у широкому та вузькому розумінні. У широкому – це будуть як винні, так і невинні діяння, а у вузькому – лише невинні діяння медичних працівників [с.121,2].

Також, виділяють медичний та юридичний аспект тлумачення терміну «медична помилка».

В медичному розумінні це поняття розуміється як випадковий збіг обставин, або наслідок недосконалої медичної науки та техніки. Вона не є результатом недбалого, безвідповідального ставлення лікаря до своїх обов'язків, нецтва чи злочинної дії. Тобто при такій помилці вина медичного працівника відсутня, як і склад правопорушення, а тому притягнення до правової (кримінальної чи іншої) відповідальності бути не може [с.94,1].

Прихильники «юридичного напрямку» стверджують: медична помилка – це недбалі, несумлінні, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги (послуг), результатом яких виявилось тілесне ушкодження, або смерть пацієнта. Тобто, виходить, що медичні помилки завжди тягнуть за собою цивільно-правову відповідальність [с.94,1].

Р.С. Титикало та Т.В. Гандзій стверджують, що медична помилка може бути спричинена об'єктивними та суб'єктивними факторами.

До помилок, що спричинені об'єктивними факторами, відносяться дії (бездіяльність) медичних працівників, що не порушують встановлені законом та підзаконними актами правила, але заподіяли шкоду здоров'ю пацієнта чи його смерть внаслідок: недосконалої медичної науки на даному етапі її розвитку; несприятливих умов або обставин здійснення медичного втручання; об'єктивних труднощів діагностики деяких захворювань; атипового розвитку захворювання, індивідуальних аномалій анатомічної будови тіла чи функціонування організму пацієнта;

алергічних реакцій, які неможливо було передбачити при стандартному медичному втручанні (діагностуванні чи лікуванні) [с.101,4].

До помилок, викликаних суб'єктивними факторами, відносяться помилки, яких припускаються медичні працівники, що необгрунтовано відступають від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи допускають необгрунтований ризик при недостатності досвіду чи знань. Такі помилки можливі, наприклад, при неуважному обстеженні, неадекватній оцінці клінічних та лабораторних даних, неврахуванні чи переоцінці результатів консультації інших спеціалістів, а також при недбалому виконанні операцій та інших лікувально-профілактичних заходів, тощо[с.101,4].

Досліджуючи проблему лікарських помилок, можна виділити такі основні положення: 1) у світі не існує загальноприйнятого визначення лікарської помилки; 2) кримінальні кодекси жодної держави не містять даного визначення; 3) юридично найбільш відповідальним моментом є диференціація помилки від недбалості, злочину; 4) у медицині є фактор випадковості, який буває важко прогнозувати і який може обумовити непередбачені наслідки [3].

Теоретично, за кожен випадок незадовільного лікування, можна залучати лікаря до відповідальності[3].

Так, відповідно до статті 80 Основ законодавства України про охорону здоров'я особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

З одного боку розглядаючи помилку, з точки зору цивільного законодавства, навіть починаючи з неналежного виконання договору про надання послуг (у приватних клініках), а з іншої, у Кримінальному кодексі близько 30 статей по яких можна залучити лікаря до відповідальності. От деякі з них: ненадання допомоги хворому медичним працівником; неналежне виконання професійних обов'язків медичним працівником; порушення прав пацієнта; службова недбалість[3].

Рудий В. зазначає, що всі лікарі в державних лікарнях і поліклініках – наймані робітники й, по ідеї, відповідальність за їхні помилки й за той збиток, що вони нанесли здоров'ю пацієнта, повинне нести медична установа. Однак стягнути плату з установи, у якому працює лікар, дуже важко. Переважна більшість лікарень мають статус бюджетної установи, утримуються за рахунок засобів державного або місцевого бюджетів, яких не завжди вистачає навіть на те, щоб виплачувати зарплату медикам[3].

Досить ефективним способом вирішення цієї проблеми можна вважати страхування професійної відповідальності лікаря. З такою ініціативою виступала велика кількість науковців, однак не отримала належної підтримки.

Отже, з огляду на вище зазначене, можна зробити висновок про необхідність удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я. Основними напрямками якого можна назвати: прийняття спеціального закону, який містив у собі легальне визначення терміну «лікарська помилка» та передбачити умови та форми відповідальності за неї; запровадження страхування професійної відповідальності лікаря.

Саме такі заходи, на нашу думку сприятимуть усуненню прогалини в законодавстві та внесення ясності в розуміння поняття «медична помилка».

Література:

1. Антонов С. В. Медична помилка: юридичний аспект / С.В. Антонов// Медичне право. – 2008 – № 10 – С. 94-96.

2. Заварза Т.В. Специфіка юридичної відповідальності медичних працівників. / Т.В. Заварза // Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 18.04.2008. – 2008. - С. 119-123

3. Савченко В. О. Правова відповідальність за медичну помилку/ С.В. Антонов// Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. – 2009

4. Титикало Р.С., Гандзій Т.В. Лікарська помилка: медичне та правове поняття/ Р.С. Титикало, Т.В. Гандзій. //Юридичний вісник.- 2014- №3- С.99-103.

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

Мілов М.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Робота лікаря пов'язана зі значними ризиками, у тому числі ризиками заподіяння ненавмисної шкоди життю та здоров'ю пацієнта. На сьогодні в Україні немає єдиного нормативно-правового документу, який би регулював питання забезпечення належного захисту медичних і фармацевтичних працівників та їх відповідальності під час здійснення ними професійної діяльності. Права пацієнта захищаються окремими положеннями Кримінального кодексу України (статті про так звані «медичні злочини»), а також положеннями Цивільного кодексу України (якщо пацієнтові було завдано майнової та моральної шкоди). Водночас, інший головний суб'єкт медичної діяльності – лікар – залишається професійно незахищеним. Саме тому актуальним видається прийняття Закону України «Про страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників», який би визначив механізми правового захисту вказаних категорій працівників під час здійснення ними професійної діяльності.

Страхуванню професійної відповідальності лікарів присвячені дослідження Балашової Л., Бартош В., Шинкаренко І. та інших науковців.

У 2009 р. на обговорення було винесено проект постанови Кабінету Міністрів України “ Про затвердження Переліку осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, порядку і правил проведення обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам ”, де підкреслювалося, що прийняття запропонованого проекту постанови КМУ дозволить захистити права пацієнтів і запровадити економічний механізм захисту відповідальності медичних і фармацевтичних працівників на випадок заподіяння шкоди життю та здоров'ю третіх осіб, унаслідок професійних помилок у зв'язку зі здійсненням професійної діяльності, не пов'язаних з халатністю або з недбалим виконанням ними професійних обов'язків. На жаль, зазначений проект постанови КМУ не було ухвалено та реалізовано.

Саме тому, на нашу думку, своєчасним та актуальним є дослідження найкращого світового досвіду страхування професійної відповідальності медичних (фармацевтичних) працівників з метою розробки та прийняття відповідного закону в Україні. Вважаємо, що такий закон створить належне правове підґрунтя запровадження цілісної взаємоузгодженої системи соціальних гарантій як для пацієнтів, так і для лікарів.

Дієвість та справедливість страхування професійної відповідальності медичних працівників перевірено у ряді країн Європи. Наприклад, у Швеції ще в 1975 р. було створено Консорціум страхових компаній із відшкодування шкоди, завданої невдалим лікуванням. Цей Консорціум відшкодовує фізичну шкоду, завдану медичними втручаннями, за спеціально встановленими лімітами, розмір яких час від часу змінюється. Якщо постраждалого пацієнта не задовольняє запропонована Консорціумом сума компенсації, він може звернутися до суду. Цю модель гарантованої компенсації шкоди, яку, до речі, більшість науковців та практикуючих юристів вважає однією з найбільш прогресивних у світі, з деякими змінами вже запозичили Фінляндія (1987 р.), Норвегія (1988 р.) та Данія (1992 р.) [1].

Актуальність пошуків ефективних механізмів гарантування професійних прав медичних і фармацевтичних працівників сьогодні визначають чимало чинників, серед яких – перспективи запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального страхування та механізмів управління якістю медичної допомоги, зростання обізнаності пацієнтів щодо власних прав, функціонування бюджетних закладів охорони здоров'я в умовах недостатнього фінансування [2, с. 80].

Метою страхування професійної відповідальності медичних (фармацевтичних) працівників є, в першу чергу, забезпечення належного рівня їх правового захисту. Впровадження системи дозволить лікарю (фармацевту) займатися передусім своєю професійною діяльністю, а не відволікатися на рішення проблем, які відносяться до компетенції інших організацій, що, в свою чергу, буде сприяти підвищенню якості медичного (фармацевтичного) обслуговування.

Систему страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників треба впроваджувати ще й тому, що: все більше ускладнюються та стають високовартісними сучасні технології діагностики та лікування пацієнтів; зростає рівень обізнаності пацієнтів та їх знань щодо власних прав; позови про відшкодування шкоди, які подають пацієнти, як правило, значно перевищують заробітну платню медичних (фармацевтичних) працівників.

Головна причина відсутності зацікавленості в страхуванні професійної відповідальності та гальмування відповідного процесу серед тих, хто впливає на формування та реалізацію державної політики охорони здоров'я – це, по перше, відсутність ефективного, відповідального власника та професійного менеджменту лікувальних закладів, загальна низька культура та нерозуміння необхідності цього процесу, недовіра до будь яких новацій, заснованих на страхових принципах [3, с. 2].

Таким чином, страхування професійної відповідальності медичних (фармацевтичних) працівників полягає у забезпеченні належного рівня їх правового захисту. Впровадження системи дозволить лікарю займатися передусім своєю професійною діяльністю, а не відволікатися на рішення проблем, які відносяться до компетенції інших організацій, що, в свою чергу, буде сприяти підвищенню якості медичного обслуговування.

Література:

1. Антонов С. В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням / С. В. Антонов // Управління закладом охорони здоров'я. – №7. – 2007 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ru/publications/76.html>
2. Кармишев Д. В. Державна політика щодо запровадження в Україні страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників /

Д. В. Карамішев, О. Г. Рогова // Актуальні проблеми державного управління. – 2010. – № 2. – С. 73-80. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apdy_2010_2_11.pdf

3. Карамішев Д. В. Перспективи запровадження страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників / Д. В. Карамішев, О. Г. Рогова. // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2010. – № 7. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Duur_2010_7_8.pdf

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

Мізік Д.І.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ

Медична діяльність, зокрема лікарська неможлива без дотримання основних засад етики. У нормативно-правових актах, де закріплені вимоги до лікаря, вказуються кваліфікаційні характеристики, серед яких міститься вимога дотримуватися норм етичної етики. Тому, на сьогодні ефективність надання медичної допомоги залежить не тільки від фахового рівня лікарів, а й від професійно-етичних знань.

Дослідженню питань щодо медичної етики та деонтології присвятили свої праці такі вчені як, В.Чебан, С. Д. Поплавська, Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. А. Візір, О. В. Деміденко, І.М. Рогач, Н.В. Шустова та інші.

Перш ніж аналізувати особливості медичної етики та деонтології слід визначити основні терміни.

Як відзначає С. С. Левенець, етика – це вчення про мораль, її походження і розвиток, правила і норми поведінки людей, їх обов'язки під час стосунків одного з іншим, з суспільством, ставлення до праці, держави [1, с. 87]. У свою чергу, мораль – це особлива форма суспільної свідомості і відношень між людьми, один із способів регулювання дії людей у суспільстві за допомогою поведінки. «Моральний» означає «етичний» [2, с. 122].

Окремим розділом етики є деонтологія – професійна етика медичних працівників, принципи їх поведінки з пацієнтами, спрямовані на максимальне підвищення ефективності лікування. Іншими словами, деонтологія – учення про юридичні, професійні та моральні обов'язки і правила поведінки медичних працівників по відношенню до хворої людини [3, с. 3].

Медична етика – це вчення про мораль медпрацівників, їх поведінку, взаємозв'язки з хворими, з колегами, із суспільством [1, с. 87].

Варто навести статистичні дані, що були отримані в результаті опитування лікарів. Відповідно до цих даних, про свої знання з основних питань медичної етики і деонтології та права 73,7% опитаних відповіли, що вони знають це добре і задовільно, 22,8% – незадовільно, 3,5% – не відповіли [4, с. 152].

Як відзначає В. Чебан, лікарську етику можна порівняти зі стратегією, а медичну деонтологію із тактикою медичних працівників. Обидва поняття самостійні по своїй суті, хоча і мають зв'язок, обумовлений світоглядом самих медиків, специфікою їхньої праці [5, с. 98].

Як наголошує С. Д. Поплавська, у своїй професійній діяльності медичний працівник повинен дотримуватися низки деонтологічних правил, основними з яких є: необхідність постійного уважного догляду за хворим; дотримання принципу «не на-

шкодь», здатність швидко приймати рішення у складних ситуаціях; добросовісність щодо виконання професійних обов'язків [2, с. 122].

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють питання медичної етики та деонтології є Основи законодавства України про охорону здоров'я, Указ Президента України «Про клятву лікаря», Постанова КМУ «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки». Окрім того, в Україні ратифіковано Міжнародний кодекс медичної етики, Міжнародну клятву лікарів, Декларацію стосовно незалежності та професійної свободи лікаря, Женевську декларацію, Гельсінську декларацію «Рекомендації для лікарів, які проводять біологічні обстеження людини», Міжнародне положення про медичне обстеження, телемедицину та медичну етику тощо. Тож, як бачимо як на національному так і на міжнародному рівні закріплені основні аспекти етики та деонтології медичного працівника.

Основними принципами медичної етики є такі: 1. Гуманне ставлення до хворого. 2. Не брати участі в діях проти здоров'я хворого. 3. Надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності. 4. Солідарність усіх лікарів у повазі гідності людей, їх боротьбі за мир. 5. Збереження лікарської таємниці. 6. Участь в охороні життя людей від тих чи інших ексцесів, що загрожують їм (наприклад, від забруднення зовнішнього середовища). 7. Недопущення експериментів над людьми. 8. Утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря [1, с. 87].

Для прикладу, у Міжнародному кодексі етики зазначені приклади неетичної поведінки лікаря, зокрема: а) самореклама лікаря, крім тих випадків коли це дозволено законом даної країни і Кодексом етики Національної медичної асоціації; б) оплата або отримання будь-якої винагороди тільки за передачу чиїхось рекомендацій або тільки за видачу пацієнтові напрямків і рекомендацій будь-якого характеру.

Як відзначає С. С. Левенець, медична етика визначає вирішення різних проблем міжособистісних взаємовідносин з трьох основних напрямів: 1) медичний працівник – хворий; 2) медичний працівник – здорова людина (родичі); 3) медичний працівник – медичний працівник [1, с. 87]. В Міжнародному кодексі етики можемо знайти групи обов'язків, котрі відповідають вищезазначеним напрямкам міжособистісних взаємовідносин. Так, у відповідному акті зазначено, обов'язки лікаря по відношенню до хворих, зокрема лікар завжди повинен пам'ятати про обов'язок зберігати людське життя; якщо лікар не має можливості провести обстеження або лікування, він повинен залучити іншого лікаря, у якого такі можливості є; лікар повинен дотримуватися таємниці щодо свого пацієнта, навіть після смерті останнього. Також, визначено обов'язки лікаря по відношенню до інших, зокрема лікар повинен вести себе по відношенню до своїх колег так, як він хотів би, щоб вони вели себе по відношенню до нього; лікар не повинен переманювати пацієнтів у своїх колег; лікар повинен поважати права колег, іншого медичного персоналу.

На мою думку, вищезазначені обов'язки є яскравим втіленням медичної етики, котрих повинен дотримуватися кожен лікар в професійній діяльності.

Таким чином, питання медичної етики та деонтології регулюється як на національному так і на міжнародному рівні та є одним елементів ефективної медичної допомоги. Дотримання лікарем відповідних вимог є обов'язковим, оскільки сучасна медицина потребує не тільки наявності професійних навичок і знань, але і етичних та деонтологічних вмінь лікаря.

Література:

1. Левенець С. С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря / С. С. Левенець // Медична освіта. – 2012. – № 4. – С. 87-90.
2. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого / С. Д. Поплавська // Комп'ютерно-інтегровані технології: освіта, наука, виробництво. – 2013. – № 11. – С. 121-127
3. Завальнюк А. Х. Про особливості етики і деонтології в судово- медичній діяльності / А. Х. Завальнюк, І. О. Юхимець, О. Ф. Кравець, В. Р. Батіш // Судово-медична експертиза. – 2012. – № 6. – С. 3-6.
4. Рогач І. М. Рівень етичних і правових знань лікарів-інтернів у професійній діяльності / І. М. Рогач, Л. О. Качала, Н. В. Шустова, Т. В. Качала, О. І. Цигика // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.: Медицина. – 2012. – Вип. 1. – С. 152-154.
5. Чебан В. Історичний аспект лікарської етики, біоетики та медичної деонтології / В. І. Чебан // Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. – 2014. – № 3. – С. 93-100.

Науковий керівник: к.ю.н., Олефір А.О.

Мищенко С.С.,

студент 43 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРОМИСЛОВОСТІ УКРАЇНИ

Сьогодні є дуже актуальним питання забезпечення вітчизняних підприємств фармацевтичної галузі необхідними інвестиціями, оскільки рівень економічного зростання підприємства значною мірою залежить від його інвестиційної привабливості. Фармацевтична галузь виробництва потребує значних коштів, адже головними її характеристиками є наукоємне виробництво та використання складних технологій, зокрема для тих підприємств які намагаються налагодити виробництво інноваційних лікарських засобів, з чим наразі в Україні є значні проблеми. Тому розвиток підприємств фармацевтичної галузі безпосередньо залежить від регулярності здійснення інвестиційних процесів та створення належного інвестиційного клімату в державі.

Важливим є питання щодо нормативного забезпечення інвестиційної діяльності, зокрема і в фармацевтичній галузі. В Україні діє понад 100 законів й інших нормативних актів, що регулюють інвестиційну діяльність. Серед них необхідно особливо виділити Закон України «Про інвестиційну діяльність» і Закон України «Про цінні папери і фондову біржу», Закон України «Про режим іноземного інвестування», Закон України «Про зовнішньоекономічну діяльність», Закон України «Про стимулювання інвестиційної діяльності у пріоритетних галузях економіки з метою створення нових робочих місць», Закон України «Про інститути спільного інвестування», Закон України «Про захист іноземних інвестицій на Україні», Господарський кодекс України, що складають основу правового регулювання інвестиційної діяльності.

Особливе місце належить державній політиці в галузі інвестування, зокрема, як зазначає науковець Д. В. Карамішев – державне регулювання інвестиційної діяльності здійснюється з метою реалізації економічної, науково-технічної і соціаль-

ної політики. Воно визначається показниками економічного і соціального розвитку України, республіканськими і регіональними програмами розвитку народного господарства, республіканським і місцевими бюджетами, передбачуваними в них обсягами державного фінансування інвестиційної діяльності [1].

На даний момент інвестиційна політика в Україні ведеться не на належному рівні і не виконує своєї головної функції, якою є створення сприятливого інвестиційного клімату. Як відомо, інвестиційний клімат держави – це сукупність політичних, правових, економічних і соціальних умов, що забезпечують і сприяють інвестиційній діяльності вітчизняних і іноземних інвесторів. Сприятливий інвестиційний клімат повинен забезпечити захист інвестора від інвестиційних ризиків. Сукупність інвестиційних ризиків характеризує інвестиційний клімат від найбільш несприятливого до сприятливого. Інвестиційний клімат України можна віднести до несприятливого, це викликано низкою факторів таких як: недосконала і заплутана законодавча база; недосконала фінансово-кредитна система; нестабільна політична ситуація, яка склалася в середині країни; відсутність дієвої системи страхування і перестрахування інвестиційних ризиків; відсутність інформаційної бази для інформування вітчизняних і іноземних інвесторів про сприятливі інвестиційні проекти, в які можна вкладати кошти; високі податкові збори; нестабільність курсу гривні [2, с.169].

У країні, в якій вітчизняний інвестор практично не вкладає кошти в розвиток фармацевтичного виробництва, не буде працювати й іноземний інвестор. Тому в умовах економічної кризи важливе значення має державна підтримка реалізації інвестиційних проектів розвитку фармацевтичної галузі, а також впровадження економічних регуляторів активізації внутрішньої інвестиційної активності, що дасть змогу розвиватися фармацевтичній галузі [1].

Для підвищення інвестиційної привабливості фармацевтичної галузі України для іноземних інвесторів необхідно створити певні інвестиційно привабливі умови. Як зазначає науковець Карпенко Ю. М. – для створення таких умов потрібно:

- розробити та запровадити загальні концепції по відношенню до інвестицій в фармацевтичну галузь;
- прийняти законодавчі акти відносно інвестицій і підприємницької діяльності фармацевтичної галузі;
- здійснювати контроль за процесами іноземного інвестування в фармацевтичну галузь;
- надавати іноземним інвесторам підтримки, в тому числі, інформаційної, експертної, технічної та інших видів;
- врахувати інвестиційні ризики, шляхом надання державних гарантій;
- здійснювати екологічний контроль [3].

Деякі науковці, зокрема Чезія Я. Г. визначають і деякі аспекти, які роблять українську фармацевтичну галузь та її компанії інвестиційно привабливими, а саме: очікування щодо подальшого зростання світового фармацевтичного ринку відкриває можливість географічної експансії (розвитку експорту) для українських компаній та розширює їх ринки збуту; високі темпи зростання українського фармацевтичного ринку сприяють розширенню продуктового портфелю та збільшенню обсягів реалізації; низький рівень споживання фармацевтичної продукції на душу населення зменшує перспективи для збільшення обсягів споживання фармацевтичної продукції; приналежність українського фармацевтичного ринку до ринків, що розвиваються, та переважання на ньому генеричних препаратів є перспективним для вироб-

ників оригінальних препаратів в частині укрупнення власного бізнесу (продуктової експансії), диверсифікації діяльності та розширення ринків збуту; існуючий потенціал щодо проведення досліджень та розробок є підґрунтям для розвитку сегменту оригінальних лікарських засобів (ОЛЗ) за умови належного фінансування [4, с. 83].

Отже, інвестиційна діяльність в фармацевтичній промисловості України залишається малорозвиненою, що спричинено низкою соціально-політичних та економічних причин, недосконалістю нормативно-правового регулювання та державної політики. А саме від належних інвестиційних умов залежить залучення необхідних коштів для створення та удосконалення фармацевтичного виробництва, створення якісної та конкурентоспроможної фармацевтичної продукції. Тому, нагальною потребою є створення нормального інвестиційного клімату для всієї економіки в цілому, так і для фармацевтичної галузі зокрема.

Література:

1. Кармишев Д. В. Державне регулювання інвестиційних процесів у фармацевтичній галузі України / Д. В. Кармишев, Ю. О. Леонова. // Державне будівництво. – 2009. – № 2. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/DeVu_2009_2_15.pdf
2. Кубарева І. В. Оцінка фармацевтичної галузі України у контексті інвестиційної привабливості її компаній / І. В. Кубарева // Економіка підприємства: теорія та практика: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф.; 12 жовт. 2012 р. – К.: КНЕУ, 2012. – 331 с.
3. Карпенко Ю. М. Напрями підвищення інвестиційної привабливості підприємств фармацевтичної галузі / Ю. М. Карпенко. // Економіка. Управління. Інновації. – 2014. – № 2. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/eui_2014_2_28.pdf
4. Чезія Я. Г. Дослідження фармацевтичного ринку України / Я. Г. Чезія, Р. Г. Майстро // Вісник Нац. техн. ун-ту “ХПІ” : зб. наук. пр. Темат. вип. : Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Харків : НТУ “ХПІ”. – 2012. – № 6. – С. 80-85

Моспан М.Д.,

студент 3 курсу

ІІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ОНКОХВОРОГО ПАЦІЄНТА

Особливо актуально у практиці лікаря-онколога є проблема лікарської таємниці, оскільки через тяжкість захворювання, а також складнощі в лікуванні та діагностиці, відсутність поінформованості суспільства про успіхи сучасної онкології, діагноз «рак» є надзвичайно стресовим моментом для пацієнта. Специфіка лікарської таємниці полягає в доцільності приховування інформації перед самим пацієнтом, але чи виправдано це? Чи варто приховувати страшний діагноз для того, щоб не дати хворому приводу для хвилювання?

У сучасній медицині спостерігається дві тенденції – традиційна практика «закритого» діагнозу, коли хворого «щадять» від суворої правди життя і не повідомляють про дійсний діагноз, друга – більш сучасна, побудована на партнерстві лікаря і хворого, коли хворому повідомляють у доступній для нього формі суть захворювання, необхідність певних діагностичних заходів, прогнозують ефективне лікування (при можливості повідомляють хворому про наявні альтернативи) і разом із хворим обирають оптимальну для кожного випадку тактику [1, с. 58].

Основним в даному питанні є окреслення правових аспектів медичної інформації, так перш за все право фізичної особи на інформацію про стан здоров'я закріплене у ст. 285 Цивільного Кодексу України, де вказується на те, що повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я [3]. У ст.39 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» також закріплене право пацієнта на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я, проте існують певні обмеження цього права, що пов'язані з відповідними правами медичних працівників[4].

У ч. 3 ст. 39 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» встановлено, що якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами [4]. Визначити який саме об'єм інформації про стан здоров'я фізичної особи є таким, що зашкодить здоров'ю чи процесу лікування є неможливим, оскільки дане визначення має оціночний характер.

У США та країнах Європи пацієнтові повідомляють максимально повну інформацію про діагноз і прогноз навіть у найгіршому випадку. Лікарі переконані, що приховувати правду від пацієнта – означає порушувати його священне право приймати самостійні рішення, не важливо, чи будуть вони у майбутньому медично-доцільними. Причому це відноситься рівною мірою як до дорослих, так і дітей.

Одним з її наріжних каменів сучасної цивілізованої медицини служить ідея абсолютного суверенітету людини над своїм здоров'ям і своїм тілом. Ніхто не має права нав'язувати йому будь-які заходи – які є корисні або навіть рятівні. Таке розуміння медицини виключає саму постановку питання про можливість приховування від хворого істинного діагнозу. Справа навіть не в тому, що корисніше й ефективніше для лікувального процесу – повідомляти діагноз або приховувати його. Лікар просто не має права приховувати від пацієнта що-небудь, що стосується його хвороби і його майбутнього, ця інформація не належить ні йому, ні лікувального закладу, ні медичному співтовариству в цілому [2 с. 86-88].

Таким чином, вважаю недоцільним обмеження права доступу пацієнта до інформації про хворобу, не заважаючи на те, що така інформація може погіршити стан його здоров'я чи зашкодити процесові лікування, оскільки найвищою цінністю у демократичному суспільстві – є воля особи. Звичайно, не можна забувати про специфічну форму ознайомлення особи даними про її діагноз, у даному випадку, лікар має бути обережним формулюванням і враховувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

Література:

1. Білинський Б. Т. Медичні помилки в онкології : монографія / Б. Т. Білинський// відп. ред. Я. В. Шпарик. – Львів : Афіша, 2013. – 324 с.
2. Завгородня Н.І. Говорити чи не говорити: до питання поінформованості онкологічного пацієнта / Н.І. Завгородня // Деонтологічні аспекти хірургії. – №1(46) 2011. С. 85-88
3. Цивільний кодекс України // Відомості Верховної Ради України від 03.10.2003 №40.

4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»//Відомості Верховної Ради України від 19.11.1992 №2801-ХІІ.

*Нікітюк А.Г.,
студент 44 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВИЙ СТАТУС ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДІЯЛЬНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Однією з найважливіших сфер життєдіяльності суспільства є охорона здоров'я. Основою розвитку системи охорони здоров'я України є загальноприйняті стратегічні пріоритети з баченням кінцевих результатів. Саме тому на сучасному етапі розвитку України надзвичайної актуальності набуває питання державного регулювання приватної медичної діяльності, а саме порядок функціонування такого особливого суб'єкта господарської діяльності як фізична особа-підприємець.

На важливості наукового пошуку щодо різних складових державного регулювання сфери охорони здоров'я наголошують такі дослідники як С. Антонюк, І. Бедрик, Л. Буравльов, В. Лобас, Н. Мезенцева, З. Надюк, В. Рудий, С. Стеценко та багато інших. Однак, слід визнати, що досі залишаються невирішеними чимало питань, пов'язаних з опрацюванням та впровадженням у практичну діяльність ефективних механізмів державного регулювання приватної медичної діяльності в Україні.

Суб'єктами господарської діяльності (ст. 55 ГК України) визнаються учасники господарських відносин, які здійснюють господарську діяльність, реалізуючи господарську компетенцію, мають відокремлене майно і несуть відповідальність за своїми зобов'язаннями в межах цього майна [2]. Загальний перелік суб'єктів господарювання, що безпосередньо забезпечують охорону здоров'я, зазначений у ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основ); ст. 17 цього законодавчого акта, зокрема, передбачає умови провадження господарської діяльності в галузі охорони здоров'я [3].

Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної практики, виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами визначаються актами законодавства. Провадження господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії. При цьому варто звернути увагу, що заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, який затверджується власником або уповноваженим ним органом [5]. Свою діяльність на підставі статуту, за змістом ст. 62 ГК України, мають право здійснювати лише юридичні особи. Для громадян-підприємців, які мають намір здійснювати підприємницьку діяльність без створення юридичної особи (ст. 58 ГК України), наявність статуту не передбачена [2].

Громадянин визнається суб'єктом господарювання в разі здійснення ним господарської діяльності за умови державної реєстрації його як підприємця без статусу юридичної особи. Право громадянина на підприємницьку діяльність передбачене ст. 42 Конституції України [1]. Фізична особа-підприємець здійснює свою діяльність на засадах свободи підприємництва. При цьому, під підприємництвом розуміють самостійну, ініціативну, систематичну, на власний ризик, не заборонену

законом діяльність із виробництва продукції, виконання робіт, надання послуг та заняття торгівлею з метою одержання прибутку [4].

Підприємницькою діяльністю можуть займатися громадяни України, громадяни інших держав, особи без громадянства, проте вона обмежується щодо депутатів, посадових і службових осіб органів державної влади та місцевого самоврядування, військовослужбовців, працівників прокуратури, суду, державної безпеки тощо. Фізична особа, яка займається підприємницькою діяльністю, але не пройшла державну реєстрацію, не набуває статусу підприємця. Для підприємницької діяльності необхідна повна дієздатність фізичної особи [5].

У галузі охорони здоров'я фізична особа-підприємець здійснює свою діяльність лише за наявності ліцензії на провадження відповідного виду господарської діяльності в цій галузі, а саме: виробництво лікарських засобів; оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами; переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів; проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт; медична практика [6, с. 58]. Крім того, медична практика здійснюється за спеціальностями, які зазначаються в ліцензії відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей [5]. Отже, фізична особа-підприємець, яка здійснює свою діяльність без створення юридичної особи, водночас виконуючи весь комплекс спеціальних заходів і послуг медичного характеру, що притаманний закладам охорони здоров'я, створюючи для цього необхідну матеріальну базу, не може набувати статусу, що відповідає статусу закладів охорони здоров'я.

Таким чином, маючи практично всі ознаки юридичної особи, фізична особа-підприємець працює за спрощеним режимом, контроль за її діяльністю значно менший, вона не набуває статусу закладу охорони здоров'я. Саме тому в контексті даного питання національне законодавство потребує гармонізації з правовими стандартами Європейського Союзу, уніфікації та кодифікації норм для подальшого удосконалення правових механізмів у такій важливій сфері суспільної життєдіяльності як охорона здоров'я.

Література:

1. Федичева К. Модели и тенденции развития здравоохранения в мире 2006 – 2007 гг. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cnews.ru/reviews/free/national2007/articles/world.shtml?print>.

Нога П.П.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ЧАСТКОВА КОМПЕНСАЦІЯ ВАРТОСТІ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ТЕХНІКИ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДТРИМКИ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО ВИРОБНИКА

Аграрно промисловий комплекс є одним із головних бюджетоформуючих секторів національної економіки. Однак, специфіка галузі обумовлює наявність обов'язку держави надавати фінансову підтримку для здійснення заходів, що мають важливе значення для розвитку сільськогосподарського виробництва.

Основні засади державного фінансування сільського господарства визначені в Законах України «Про державну підтримку сільського господарства України» від 24.06.2004 № 1877-IV, «Про основні засади державної аграрної політики на період

до 2015 року» від 18.10.2005 № 2982- IV, а також у «Державній цільовій програмі розвитку українського села на період до 2015 року» та інших.

Однак, для ефективної реалізації обраної державною політики у сфері сільсько-го господарства необхідно створити механізм реалізації загальних положень зазначених вище програмних документів.

Науковим дослідженням державної фінансової підтримки сільського господарства в Україні займалися: О. Бородіна, М. Дем'яненко, А. Діброва, С. Кваша, Ю. Лупенко, О. Могильній, Т. Осташко, О. Попова, Л. Тулуша. Однак, безпосередньо проблематика обраної нами теми не була розроблена на належному доктринальному рівні жодним науковцем. Відсутність наукового аналізу може призвести до неефективності використання державних коштів, що в свою чергу призводить до негативних наслідків на ринку сільськогосподарської техніки.

На виконання ч. 3 ст. 172 Закону України від 24.06.2004 № 1877-IV та ч. 2 ст. 4 Закону України від 18.10.2005 № 2982- IV Кабінетом Міністрів України прийнято постанову «Про затвердження Порядку використання коштів державного бюджету, що спрямовуються на часткову компенсацію вартості складної сільськогосподарської техніки вітчизняного виробництва» від 28.07.2004 № 959. Цей порядок, визначає механізм використання коштів, державного бюджету для часткової компенсації сільськогосподарським товаровиробникам вартості нової складної сільськогосподарської техніки вітчизняного виробництва на конкурсній основі. 28.07.2010 Кабінет Міністрів України приймає постанову № 647 з ідентичною назвою, метою, завданнями та суб'єктами, в якій повністю продубльовано положення постанови від 28.07.2004 № 959.

Зазначені постанови є чинними і діють паралельно одна з одною, регулюючи спільно визначене у п.1 коло суспільних відносин. Однак, їх зміст в аспекті: 1) документів, які необхідно подати для отримання компенсації; 2) випадків повернення коштів до бюджету у разі порушення умов компенсації; 3) процедури звітування; може бути різним та суперечливим. Тобто, постає дві проблеми: 1) можливість виникнення колізій між положеннями підзаконних нормативно-правових актів; 2) подвійне регулювання може перешкоджати товаровиробникам сільськогосподарської продукції у доступі до участі у конкурсі на отримання компенсації, оскільки порушує принцип «правової визначеності».

Так постанова від 28.07.2004 № 959 вимагає від товаровиробників додатково, до переліку визначеного у постанові від 28.07.2010 № 647, такі документи як: 1) копію свідоцтва про реєстрацію техніки, на яку видаються державні номерні знаки та відповідні реєстраційні документи в регіональній інспекції державного технічного нагляду; 2) письмове зобов'язання сільськогосподарського товаровиробника про повернення протягом місяця до бюджету отриманих бюджетних коштів у разі встановлення контролюючими органами факту їх незаконного отримання (нарахування пені за користування та заборона отримання такої допомоги протягом 3 бюджетних періодів); 3) довідку про банківські реквізити сільськогосподарського товаровиробника; 4) довідку про відсутність (наявність) заборгованості перед місцевим бюджетом з податку з доходів фізичних осіб, підписану в установленому порядку та скріплену печаткою сільськогосподарського товаровиробника. А постанова від 28.07.2010 № 647 встановлює, що товаровиробник для участі у конкурсі має подати – 1) довідку банку про відкритий поточний рахунок сільськогосподарського товаровиробника; 2) довідки про відсутність (наявність) заборгованості понад пів-

року з виплати заробітної плати, сплати податків і зборів (обов'язкових платежів), виданої відповідними органами державної податкової служби, Пенсійного фонду України та фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування. Як ми бачимо через таке подвійне регулювання набір документів для отримання компенсації передбачається різний. На практиці така ситуація створює складнощі для потенційних одержувачів бюджетних коштів, оскільки неподання відомостей може стати причиною відмови у наданні компенсації. А отже претендентам на відшкодування необхідно враховувати положення двох нормативних актів. Також положення щодо податкових заборгованостей необхідно розширити наступним чином – для участі у конкурсі на отримання часткової компенсації необхідно подати довідку про відсутність (наявність) заборгованості перед місцевим бюджетом.

Щодо безповоротності коштів, то у п. 2 постанови від 28.07.2010 № 647 зазначено, що кошти надаються на безповоротній основі. Однак, п. 5 зазначеної постанови вже заперечує «безповоротність» і визначає, що у випадку відчуження техніки протягом 3 років експлуатації – сільськогосподарський виробник повинен повернути кошти. П. 6 постанови від 28.07.2004 № 959 встановлює, що повернення коштів відбувається у випадку відчуження, передання техніки в оренду, незаконному отриманні компенсації. Підстави та умови повернення «безповоротної» компенсації необхідно, визначити в єдиному акті.

П. 9 постанови від 28.07.2004 № 959 зазначає строки звітування розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня. За якими вони повинні до 10 числа наступного місяця подати Мінагрополітики звіт про виплату часткової компенсації вартості техніки за затвердженою ним формою. Мінагрополітики щокварталу до 20 числа наступного місяця та в місячний строк після закінчення бюджетного періоду подає Мінфіну звіт про кількість закупленої техніки, її вартість і кількість господарств, які отримали таку техніку. П. 12 постанови від 28.07.2010 № 647 встановлює зовсім інші строки подачі звітності (а саме – до 20 числа наступного місяця для Мінагрополітики та щокварталу до 25 числа наступного місяця для Мінфіну).

Також ми дійшли висновків, що постанова від 28.07.2004 № 959 має свої переваги, оскільки закріплює більш повний та доступний механізм надання часткової компенсації (визначає суб'єктів відносин, формування конкурсних комісій та списків претендентів, тощо), незважаючи на численні недоліки.

З вищеведеного, ми робимо висновок, що ситуація, яка склалася, є яскравим прикладом юридичної колізії, яка виникла між рівними по своїй силі нормативними актами. Однак, йти принципом *lex posterior derogat priori* (лат. «пізнішим законом відміняється більш ранній») неможливо, оскільки в такому випадку державні органи можуть відмовляти у наданні компенсації з формальних підстав – у зв'язку з недотриманням усіх умов для прийняття участі в конкурсі та невідповідністю основним критеріям переможця. Тобто, ніхто (суди, державні органи) не буде застосовувати принцип «верховенства права» при вирішенні питань у виборі переможців, а керуватимуться принципом «законності». Тому, якщо у державі фактично застосовується принцип «верховенства закону», то необхідно створити систему законодавства, за допомогою якої суб'єкти відносин змогли б реалізувати свої права. Також можна говорити і про порушення принципу правової визначеності, який полягає в забезпеченні легкості з'ясування змісту права і можливість скористатися цим правом у разі необхідності.

Для вирішення ситуації, що склалася, необхідно прийняти єдиний уніфікуючий Порядок використання коштів державного бюджету, що спрямовуються на часткову компенсацію вартості складної сільськогосподарської техніки вітчизняного виробництва, який вбере в себе положення чинних на цей час постанов КМУ. Іншим виходом може бути скасування однієї із постанов та внесення змін, доповнень до іншої (в такому випадку, на нашу думку, необхідно удосконалити постанову від 28.07.2004 № 959).

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

Нога П.П.,

студент 41 групи

ІІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЖИВЕ ДОНОРСТВО: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

На сьогодні у світі такий метод лікування, як трансплантація рятує тисячі життів і є стандартом лікування багатьох патологій. Вона вже стала визнаною частиною медичних послуг, які пропонуються населенню [1, с. 359-360]. За прогнозами експертів 50 % хірургічних операцій будуть пов'язані саме з пересадкою органів людини. В Україні натомість спостерігається відсутність розвитку галузі в цілому через низку причин, основною з яких є невідповідність положень чинного законодавства потребам суспільної практики. Однак, ми погоджуємося, що право повинно своїми методами сприяти прогресу трансплантології [2, с. 38] як прогресивному методу лікування.

Дослідженням проблем трансплантології в Україні займаються вчені-юристи: С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта, В.М. Пашков, М.І. Авдеева, М.І. Горелика, О.М. Красикова, В.Л. Суховерх, Л.О. Красавчикова, та інші, які досліджували загальні закономірності розвитку трансплантології в Україні та питання пов'язані із запровадженням «презумпції згоди». Однак, належної уваги темі правомірності донорства живих (нерідних) людей не було приділено.

Новий законопроект про трансплантацію, оприлюднений МОЗ для публічного обговорення, не вирішує практичних проблем живого донорства в Україні, а лише дублює норми чинного закону. Тому, оскільки саме зараз відбувається робота в напрямку удосконалення законодавства у сфері трансплантології, ми хочемо звернути увагу на переваги саме живого донорства та запропонувати відповідні зміни.

1. Умови та порядок взяття гомотрансплантантів регламентовано ст. ст. 12, 13 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» від 16.07.1999 № 1007 – XIV. Спеціалізованими суб'єктами відносин у сфері трансплантації є державні та комунальні заклади охорони здоров'я та належним чином акредитовані наукові установи, перелік яких затверджений КМУ [3, с. 40] (і був розширений шляхом внесення змін постановою КМУ від 05.06.2013 № 402). Організаційно-господарські повноваження щодо діяльності у сфері трансплантації покладені на МОЗ України [3, с. 40].

Законодавець забезпечує встановлення особливого правового режиму здійснення медичної діяльності у сфері трансплантації на такій її стадії, як взяття гомотрансплантанту у живого донора, з одного боку, шляхом забезпечення вільного волевиявлення живого донора, з іншого, шляхом встановлення окремих обмежень щодо дієздатності живого донора, його правового статусу і стану здоров'я [3, с. 37]. Однак, положення ст. 12 Закону істотно обмежує право особи на свободу вибору

(при чому, мова йде як про свободу вибору реципієнта, так і донора відповідно до ст. 290 ЦКУ). Обмеження полягають в тому, що живим донором може бути виключно особи, які перебувають у шлюбі, родичі (батько, мати, діти, рідні брати і сестри, дід, баба, онук, онука, рідні дядько або тітка, племінник, племінниця). На нашу думку, основним недоліком цієї статті є її недосконалість та обмеженість. Зокрема потрібно внести зміни до ст. ст. 12, 13 Закону про трансплантацію такого змісту – за наявності підстав, які унеможливають взяття гомотрансплантата у живого донора, який перебуває з реципієнтом у шлюбі або є його близьким родичем (батько, мати, син, дочка, дід, баба, онук, онука, брат, сестра, дядько, тітка, племінник, племінниця), гомотрансплантат може бути взятий від будь-якої іншої особи за наявності згоди реципієнта та донора і при умові дотримання встановлених законодавством вимог трансплантування.

2. Суспільні відносини, які складаються у сфері трансплантології, змушують судову практику йти в розріз із законодавчою заборонаю трансплантації органів та тканин від генетично нерідних донорів. Національні суди встановлюють факт родинних (близьких) відносин за заявами осіб, які потребують негайної операції та отримали згоду на проведення пересадки від осіб, які не зазначені у переліку ст. 12 Закону про трансплантацію (але при цьому дотримані всі інші вимоги) на підставі норм міжнародного права ст. ст. 4, 5 Резолюції про приведення у відповідність законодавства держав-учасників з питань вилучення, пересадки і трансплантації матеріалів організму людини, прийнятої Комітетом Ради Європи 11.05.1978, ст. 10 Додаткового протоколу до Конвенції про права людини і біомедицину стосовно трансплантації органів і тканин людини від 24.01.2002, ст. ст. 3, 8, 9, 21, 49 Основного закону, ст. ст. 281, 283, 284 ЦКУ. Конкретним прикладом є рішення Бучацького районного суду Тернопільської області у справі № 1903/1138/2012, Зарічного районного суду м. Суми у справі № 2-о-159/11 та інші. Тож, як ми бачимо судова практика виходить із принципу – життя та здоров'я особи є найвищою соціальною цінністю.

3. Звернемося до досвіду європейських країн. Так, у США, Великобританії, Італії, Бельгії, Австрії, Німеччині діють закони, котрі дозволяють пересадження донорських органів, отриманих від людей, що не є родичами реципієнтів і не знайомі з ними. Великобританія ухвалила закон, що вступив в силу з 1 вересня 2006 року (The Human Tissue Act 2004 and the Human Tissue (Scotland) Act 2006), відповідно до якого дозволяються пересадження донорських органів, отриманих від людей, що не є родичами реципієнтів і не знайомі з ними. Відповідно до закону встановлюються три моделі живого донорства: 1) пряма пожертва; 2) перехресне донорство (обмін); 3) альтруїстичне донорство. До початку вилучення органу державна служба ТНА (Human Tissue Authority), як незалежний експерт, перевіряє законність та добровільність згоди сторін, а також наявність клінічного висновку. Результати вилучення фіксуються у відповідному акті та реєструються у клініці (за цією процедурою також встановлений державний нагляд). При чому, такі операції можуть проводити лише медичні установи, які мають відповідні ліцензії та дозволи державного зразку. Схожа система діє в США, Італії, Ізраїлі, Бельгії. Однак, у бельгійському законодавстві встановлене обмеження за кровною спорідненістю для живих донорів, але трактування самої спорідненості надзвичайно широке (так спорідненими визнаються особи, які сповідують єдину релігію).

4. Розширення кола живих донорів дозволить зменшити вартість операцій, а також зробить цей метод лікування більш доступним для населення. Іноземні клініки встановлюють набагато вищий тариф для громадян інших країн. Мова йде про те що сума зменшиться в десятки рази та буде вираженою в національній валюті. Таке ціноутворення пов'язано з тим, що Стамбульська декларація надала право країнам-учасникам надавати трансплантологічні послуги іноземцям за підвищеними цінами на клінічні послуги.

На сьогоднішній день головними недоліками існуючої системи трансплантології в Україні є: 1) обмеження за предметом і колом осіб, які можуть бути донорами; 2) відсутність розвитку галузі в цілому; 3) невідповідність законодавчих актів міжнародним стандартам. Підписання угоди про асоціацію з ЄС також призводить до необхідності адаптації вітчизняної сфери охорони здоров'я до європейського зразку шляхом імплементації норм міжнародного права в національне законодавство. Враховуючи вищевикладене, стосовно правового статусу живих донорів пропонується розширити коло осіб – живих донорів при взятті гомотрансплантанта, обмеженням в цьому випадку повинні виступати не родинні стосунки, а лише медичні показники, згода донора та реципієнта. Як наслідок, така законодавча новела дозволила б істотно збільшити кількість органів і тканин, узятих від живих донорів. Такі трансплантати менш небезпечні для реципієнта й значно рідше викликають відторгнення, а отже можуть надати шанс важкохворим.

Література:

1. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: підручник /Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я.; за заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. - К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність». – 2008.- 507с.
2. Сальников В.П. Общие принципы правового регулирования трансплантации органов и тканей человека / В.П. Сальников, С. Г. Стеценко// Юрист. – 2000. – № 6. – С. 38-40.
3. Пашков В.М. Трансплантация органов померлой людини: господарсько-правова регламентація / В.М. Пашков // Медичне право України. – 2014 – № 1(13). – С. 33-41.

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

Носенко В.В.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ МЕДИЧНОЇ КАРТКИ В УКРАЇНІ

Актуальність даної проблематики перш за все зумовлена тим, що здоров'я нашого населення на даному етапі розвитку нашої країни багато в чому залежить від запровадження та застосування сучасних технологій у сфері медицини, наслідування деінде європейського досвіду та практики застосування у цій сфері провідних зарубіжних країн. Тому створення та запровадження електронної медичної картки постає нагальною необхідною потребою для нашого суспільства адже переваг таких карток є вдосталь. Це і надзвичайна можливість зручного користування такою електронною медичною картокою (далі – ЕМК), і можливість швидко та легко вносити та змінювати дані пацієнта, також це спрощене створення медичних документів

та найважливіше – можливість використання таких карток безпосередньо у медичних інформаційних системах.

Також, не менш важливим є те, що для ЕМК суттєвою є стандартизація форм, термінології та абreviатур введення даних, адже медичні заклади в Україні мають чисельні вимоги по звітуванню з боку держави та місцевої влади. І на сьогодні в медичних закладах України використовуються близько 400 різних медичних форм, які містять інформацію, що могла б зберігатися у ЕМК і потім використовуватись при звітуванні [1, с.1].

Варто зазначити, що правове регулювання даного питання визначене загально наказами Міністерства Охорони Здоров'я України (далі – МОЗ), зокрема Інструкцією щодо заповнення форми первинної облікової документації за формою № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» затвердженої Наказом МОЗ від 14.02.2012 р. № 110 відповідно до положень п. 25 якої, у разі ведення вище зазначеної медичної форми в електронному форматі в неї обов'язково має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії та дані щоденника мають бути роздруковані та засвідчені підписом лікуючого лікаря» [2, с.1].

Також, не меншої уваги заслуговує наказ МОЗ «Про затвердження Порядку ведення електронного реєстру пацієнтів Вінницької, Дніпропетровської, Донецької областей та м.Киева» від 30.08.2012 № 666, за положеннями якого, а саме п.10: «користувачі Реєстру вносять та обробляють інформацію в Реєстрі відповідно до їх повноважень та покладених на них функціональних обов'язків та несуть персональну відповідальність за достовірність відомостей, що вносяться до Реєстру» [3, с.1].

Варто зазначити, що в електронній медичній картці зберігається вся необхідна інформація про пацієнта – реєстраційні дані, результати оглядів сімейного лікаря та «вузьких» спеціалістів, лабораторні обстеження й різноманітні графічні дані (УЗД, рентген тощо). Доступ до цієї інформації має обмежена кількість осіб, що гарантує конфіденційність. Дані в картку вводяться за шаблонами, тому її заповнення – процес нетривалий. Правильність і повнота введення інформації контролюється автоматично [6, с.5].

При розробці ЕМК було використано наступні форми: медична карта стаціонарного хворого (003/о); статистична карта хворого, що вибув із стаціонару (066/о); листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару (007/о) [5, с.40].

Варто зазначити та зосередити свою увагу на тому, що наприклад у Вінниці електронна медична картка пацієнта відносно недавно існує, однак на даний час можна вести мову про те, що вона дійсно повноцінно функціонує як стверджують Вінничанські та українські СМІ. Там планується до створення єдина база ЕМК до кінця поточного року. З огляду на це, ми можемо лише сподіватись, можливо, у подальшому такі картки будуть повноцінно функціонувати і в інших регіонах нашої країни, якщо перейняти досвід запровадження ЕМК у вінничан та звичайно за допомогою досвіду та практики провідних зарубіжних країн [4, с.5].

Як завжди, проблема з фінансування будь-яких нововведень в Україні стає наріжним питанням, а почасти й головною перешкодою для їх запровадження, наголошує Короленко В. На думку науковця, це стосується і електронної медицини (навіть окремих її складових). У той час як досвід низки країн світу, де електронну охорону здоров'я вже впроваджено, засвідчив, що кошти, вкладені у неї на закупівлю та обслуговування обладнання, розробку програмного забезпечення, навчання персоналу тощо, сповна окупаються протягом кількох років, особливо, якщо врахувати зрос-

тання рівня здоров'я населення внаслідок підвищення доступності та якості медичної допомоги. Безперечно, запровадженню електронної системи охорони здоров'я України повинні передувати ретельні біоекономічні розрахунки [4, с.11].

Отже, як вже було вище зазначено, Європейські організації й комісії по ІКТ, які ставлять завдання об'єднати всі національні інформаційні мережі здоров'я країн ЄС, та забезпечити для населення цих країн дію уніфікованої електронної картки здоров'я (EHR) на всій території нинішнього Європейського Союзу впроваджують разом з національними програмами єдину програму Європейського Союзу e-health, яка виконує такі першочергові задачі, як стандартизація, забезпечення страхового покриття незалежно від розташування, оброблення медичної інформації про пацієнта з використанням інформаційних технологій. Обсяг інвестицій Євросоюзу в межах програми e-health без врахування відповідних національних програм вже склав сотні мільйонів євро [6, с.366].

Тому, підсумовуючи, варто констатувати що електронна медична картка є необхідним та обов'язковим до запровадження в Україні сучасним інформаційним ресурсом за допомогою якого виникає можливість до оперування даними пацієнтів, обміну цих даних з іншими медичними закладами, а також можливість вести облік та зберігання інформації про пацієнта і взагалі, будь-якої медичної інформації. Тому, маємо надію, що найближчим часом така картка буде створена по всій Україні і за допомогою досвіду та практики провідних європейських та зарубіжних країн, а також Вінничини, де така картка вже повноцінно функціонує, сучасна медицина в Україні підніметься на значно вищий рівень і здоров'я нашого населення буде у надійних руках за допомогою сучасної інформаційної системи (ЕМК).

Література:

1. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації за формою № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» затверджена Наказом МОЗ від 14.02.2012 р. № 110 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0669-12>
2. Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку ведення електронного реєстру пацієнтів Вінницької, Дніпропетровської, Донецької областей та м. Києва» від 30.08.2012 р. № 666 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1579-12>
3. Короленко В. Електронна медицина: надмірний тягар чи рятівний круг? // Ваше здоров'я. – 2014. – №18-19. – С. 10-11
4. Жирякова І. А., Ратушний С. І. Електронна медична картка як засіб підтримки клінічних послуг у сфері вторинної медичної допомоги // Вост.-Європ. журн. передових технологій. – 2011. – № 6/9. – С. 39-42
5. Пустіва В. Вінничина: Лікарні переходять на електронні медичні картки // Ваше здоров'я. – 2014. – №44-45. – С. 5
6. Чабан О., Бойко О. Огляд світової практики щодо впровадження медичних інформаційних систем та проблеми створення єдиного медико-інформаційного простору // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Комп'ютерні науки та інформаційні технології. – 2013. – № 771. – С. 365-370.

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

*Носенко В.В.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

СТВОРЕННЯ ПОСТІЙНОГО РЕЗЕРВУ ВІЙСЬКОСЛУЖБОВЦІВ ООН ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА ЗМІНА ОСНОВ МИРОТВОРЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Забезпечення на Землі міцного міжнародного миру, стабільність дружніх взаємовідносин між державами є найважливішим завданням, яке стоїть перед всіма народами та націями, а мир і стабільність на глобальному та регіональному рівнях є невід'ємною умовою рівноправного співіснування і гармонійного розвитку всіх держав-членів світового співтовариства. Разом з тим відома сукупність факторів суспільного розвитку демонструє нам різноманітні за своїми масштабами та формами міжнародні й внутрішні військові конфлікти. Останнім часом спостерігаємо постійний підвищений інтерес міжнародного співтовариства до підтримання загальносвітового світового правопорядку, якого повинні дотримуватись всі суб'єкти міжнародних відносин задля забезпечення панування міжнародного миру та безпеки в світі. Інструментарієм врегулювання конфліктних ситуацій є миротворчі місії [1, с.333-334].

У вітчизняній доктрині права аналіз миротворчої діяльності проводився такими вченими як О. Гогоша, Л. Панченко, О. Павлова, М. Димитров, Г. Перепелиця, А. Лук'янов та ін. Проте динамічний розвиток міжнародних відносин диктує необхідність пошуку шляхів модернізації миротворчої діяльності, підвищення її ефективності, зокрема, за рахунок створення постійного військового контингенту ООН.

Термін «миротворчість» та перші миротворчі операції були пов'язані з діяльністю Генерального секретаря ООН Дага Хаммаршельда, який обіймав цю посаду два терміни – з 10 квітня 1953 р. до 18 вересня 1961 року (загинув в авіакатастрофі на території Африки під час проведення миротворчої місії). Під час опису Перших надзвичайних сил ООН у 1956 р., які спрямовувалися на Синайський півострів і було вперше застосовано термін миротворчість. Під сучасним поняття її розуміють як операції з підтримання миру та безпеки, які наприкінці ХХ століття здобули певної активізації і є одною з форм співробітництва країн світу і міжнародних організацій в питаннях миру та безпеки [2].

Варто відзначити, що на сьогодні все частіше почали говорити про вдосконалення основних принципів миротворчої діяльності, щоб вона могла відповідати викликам сучасності. Так, нещодавно Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун представив громадськості такі зміни до планування та проведення миротворчих операцій ООН, щоб останні стали більш мобільними, гнучкими, підзвітними перед країнами та людьми, що охоплені конфліктом. В якості вирішення цієї задачі Генеральний секретар запропонував до початку наступного року план розгортання в будь-якій частині світу повністю функціональних сил швидкого реагування для захисту цивільних осіб протягом 2-3 місяців після того, як РБ ООН приймає рішення про направлення миротворців. Для цього в розпорядженні ООН повинні будуть постійно знаходитися підрозділи, готові до негайної відправки [3].

Ідея створення постійного резерву військового контингенту видається логічною, і обговорювати її почали давно. Як сказав колишній Генеральний секретар ООН Кофі Аннан, ООН – це «єдина пожежна команда в світі, яка змушена чекати, поки розгориться вогонь, перш, ніж вона зможе отримати пожежну машину». І це дійсно так, адже процес надання резолюції Ради Безпеки ООН, вирішення питань

ня необхідної кількості військовослужбовців, переговори з державами-членами на предмет надання персоналу та його розгортання по часу займає іноді більше шести місяців.

Стимулюючим фактором у створенні постійного військового резерву є необхідність забезпечувати навчальну підготовку цих військовослужбовців, їх розміщення, харчування і т.д., ще й при цьому їхні послуги можуть, в кінцевому рахунку, не знадобитися. Тому, довгий час світова спільнота дотримувалась думки, що набагато практичніше мобілізувати військовий персонал тоді, коли на це є «зелене світло». Це також дозволяє гарантувати набір персоналу з належними характеристиками, підготовкою і знанням відповідних мов [4].

Ніхто не знає напевне як довго питання створення постійного резерву військовослужбовців ООН залишалося б відкритим, якби не заява Голови КНР Сі Цзіньпін в рамках 70-ї сесії ГА ООН 28 вересня 2015 року. Він зазначив, що безпека різних країн взаємопов'язана, і жодна країна не зможе досягти стабільності за рахунок нестабільності в інших державах, тому, повідомив про бажання Китаю вступити до нової системи бойової готовності миротворчого потенціалу ООН, створивши постійний контингент миротворчої поліції чисельністю 8 тис. осіб, при чому, за рахунок власних витрат [5].

Таким чином, правова природа питання створення постійно діючого резерву військовослужбовців суперечлива, але, на нашу думку, це якраз той випадок, коли мета виправдовує засоби. Тому варто віддати належне ініціативі Китаю у створенні та фінансуванні постійного миротворчого військового контингенту. Що стосується інших країн-членів ООН, сподіваємося, що приклад Китаю стимулюватиме їх долучитись до цієї ініціативи, адже лише спільні дії – це шлях до правильних рішень, що стануть новим поштовхом у здійсненні ефективної діяльності з підтримання світового миру та безпеки.

Література:

1. Панченко Л.С. Генезис миротворчої діяльності / Л.С. Панченко // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. – С. 333-338.

2. Лисак В.Ф. Миротворчість в сучасних міжнародних відносинах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://istfak-mgu.at.ua/publ/procesi_regionalizaciji_ta_globalizaciji_jak_dominanta_svitovogo_rozvitku/mirotvorchist_v_suchasnikh_mizhnarodnikh_vidnosinakh/1-1-0-14

3. «Пан Гі Мун: потрібно терміново внести «три фундаментальні зміни» в миротворчу діяльність ООН» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unian.ua/world/1121648-pan-gi-mun-potribno-terminovo-vnesti-tri-fundamentalnizmini-v-mirotvorchu-diyalnist-oon.html>

4. «Чому ООН не має постійного резерва?» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.un.org/ru/peacekeeping/issues/military.shtml>

5. «Си Цзіньпін: Китай створить постійний контингент составе 8 000 миротворців для ООН» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://russian.people.com.cn/n/2015/0929/c31520-8956692.html>

Науковий керівник: к.ю.н., доц. Гаркуша А.О.

*Носов О.Ю.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВО НА ПАТЕНТУВАННЯ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ

У результаті постійного вдосконалення національного законодавства у сфері захисту прав інтелектуальної власності та в медичній сфері актуальності набуває питання змісту права лікаря на патентування способів лікування людини та можливості його реалізації в Україні.

Підходи до створення, функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги знайшли своє відображення у Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Серед очікуваних результатів виділяється здійснення переходу до використання технологій з доведеною ефективністю, безпекою для пацієнтів, з урахуванням раціональності та економічної доцільності їх застосування. Пропонується створити передумови для впровадження оцінки медичних технологій з клінічної ефективності, економічної доцільності, проблем безпеки для пацієнтів у зв'язку з застосуванням медичної технології.

Серед наукових розробок, котрі присвячені дослідженню загальних питань патентної охорони, необхідно виділити праці Андрощука Г. О., Гаврилова Є. П., Капиці Ю. М., Підпригори О. А., Підпригори О. О., Святоцького О. Д., Сергєєва О. С., Шишки Р. Б.

В Україні зберігається можливість встановлення монополії певної особи на нові способи та методи лікування через механізм їх патентування як винаходів чи корисних моделей. Цілковитим слухним видається твердження фахівців, що монополізація медичного знання у формі об'єктів права інтелектуальної власності закладає конфлікт між інтересами його володільця (лікаря, медичного закладу, науководослідної інституції) та пацієнта, обмежуючи останнього у свободі вибору методів лікування, гарантованій кожній людині в Статуті ВООЗ, Основах законодавства України про охорону здоров'я тощо [1, с. 43].

Можливість поширення спеціальної правової охорони, яка надається об'єктам патентного права на способи та методи лікування обумовлюється тим, що об'єктом винаходу, правова охорона якому надається згідно з Законом України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», може бути не тільки продукт (пристрій, речовина), але і процес (спосіб), а також нове застосування відомого продукту чи процесу, це зазначено в частині 2 статті 6 Закону України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі».

Обов'язковими умовами патентоздатності винаходу визнають його відповідність трьом критеріям: новизни, промислової придатності та винахідницького рівня. Для патентування корисної моделі достатньо задекларувати її відповідність лише двом першим з наведених критеріїв, тобто новизни та промислової придатності. Спеціальних обмежень чи заборон щодо патентування способів та методів лікування законодавством України не передбачено.

У зв'язку з цим за сучасних умов стає можливим отримання захищеної державою монополії на способи лікування людини: спосіб лікування катаракти, спосіб штучної вентиляції легень при мікрохірургічних втручаннях на гортані і багато інших. Подібна ситуація у сфері патентування способів лікування існує в Російській Федерації та інших країнах СНД, Південній Кореї, Нігерії і Австралії. Така мож-

ливість допускається і в США, проте власники патентів на спосіб лікування у цій країні одержують лише обмежений захист своїх немайнових прав без можливості застосування процедур юрисдикційного захисту до осіб, що використовують запатентовані розробки.

Абсолютно протилежний підхід у сфері патентування лікарських процедур спостерігається в усіх країнах Євросоюзу, Канаді, Мексиці, Новій Зеландії, Бразилії тощо. У даних країнах не можуть видаватися патенти на способи лікування людей чи тварин за допомогою хірургії або терапії і методи діагностики, які застосовуються для людей або тварин.

Триває дискусія щодо обґрунтованості виключення способів лікування з кола винаходів, яким може бути надана патентна охорона. В підтримку патентування наголошується, що надання виключних прав протягом обмеженого періоду часу позитивно впливає на винахідницьку активність учених та спеціалізованих установ з огляду на забезпечення можливості одержувати ними доходи від використання таких технологій. Відсутність ж юридичного захисту у вигляді патентів зменшує готовність компанії інвестувати кошти в дослідження щодо розробки методів лікування [2].

Прибічники концепції патентування говорять що держава завжди може обмежити монополію патенту на «соціально значимі винаходи» [3, с. 8]. В Україні такі повноваження держави визначаються ч. 3 ст. 30 Закону України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», де зазначається, що з метою забезпечення здоров'я населення, оборони держави, екологічної безпеки та інших інтересів суспільства, Кабінет Міністрів України може дозволити використання запатентованого винаходу визначеній ним особі без згоди власника патенту у разі його безпідставної відмови у видачі ліцензії на використання винаходу [3].

В обґрунтування ж заборони проти патентування способів лікування висувуються доводи та аргументи, які склали основу для появи двох протилежних за змістом, але схожих за напрямом теорій: непромислової медичної теорії та соціально-етичної [4, с. 131]. Згідно першої теорії медичну діяльність не можна розглядати як промислову, всі винаходи у цій сфері не можуть вважатися промислово придатними, не можуть отримувати патентний захист тільки ті способи лікування, для застосування яких є необхідними медичні знання та спеціальні навички лікаря [3, с. 14].

Соціально-етична теорія наголошує на існуванні причин особливого роду, які унеможливають встановлення патентної монополії на ці способи: 1) необхідності дотримання лікарями правил щодо обміну інформацією, що пов'язана із застосуванням найновіших досягнень у сфері професійної діяльності; 2) недопущення збільшення витрат пацієнта, пов'язаних зі сплатою ліцензійних платежів, що є перешкодою у доступі до реалізації права на охорону здоров'я; 3) обов'язковості дотримання прав на конфіденційність, доказування факту використання запатентованого методу призведе до розкриття інформації про зміст допомоги; 4) убезпечення від обмеження сфери автономії лікаря через намагання уникнути застосування запатентованих способів лікування; 5) виключення умов для прагнення лікарями до отримання додаткових вигод, яке може проявлятися у нав'язуванні пацієнту способів лікування.

Отже, монополію на ринку в медичній сфері допустити не можна, патентування способу лікування призведе до збільшення витрат на охорону здоров'я. Тим більше, про яке патентування може йти мова, якщо лікування потребує спеціальних

медичних знань, кваліфікації, апаратури. Звичайно, переважне право на патентування будуть мати не талановиті люди, а ті, які мають нову апаратуру чи кошти на неї.

Література:

1. Кашинцева О. Проблеми визначення правової природи комерційної таємниці в сфері охорони здоров'я // Теорія і практика інтелектуальної власності. – 2012. – № 4. – С. 41–46.

2. Павлов А.В. Патентование методов лечения при наличии условия патентоспособности «техническое решение» / А.В. Павлов // Вестник Российского нового университета. – 2012. – Вып. 3. – С. 72–75.

3. Шахматова Т.Б. Патентоспособность способов лечения в мировой патентной практике: тенденции и перспективы / Т.Б. Шахматова // Человек. Патент. Здоровье: науч.- практ. конф. – М., 02–03.12.2003 г.: тез. осн. докл. – М.: ФИПС, 2003

4. Крайнев П.П. Патентування винаходів в Україні / П.П. Крайнев, Л.І. Работягова, І.І. Дятлик. – К.: Видавничий дім «Ін Юре», 2000. – 340 с.

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

Олефір Ю.В.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТА ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Відповідно до ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права кожна людина має право на медичну допомогу та медичний догляд у разі хвороби. Це право людини знайшло відображення у ч. 1 ст. 49 Конституції України, згідно з якою кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [7, с. 304].

Проблема охорони здоров'я населення та покращення медичної допомоги є однією з глобальних проблем людства. Для України, населення якої перебуває в несприятливих соціально-економічних умовах, здійснення законодавчих заходів, спрямованих на створення належних умов для ефективного і доступного для усіх громадян медичного обслуговування, є надзвичайно важливим завданням [8, с. 13].

Питання правового регулювання забезпечення та захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я перебувають у колі уваги вітчизняних дослідників та законодавців, медиків та юристів. Так, у контексті правового регулювання медичної діяльності окремі питання прав пацієнтів та їх захисту найбільш обґрунтовно дослідили у своїх працях Акопов В. І., Галай В. О., Гладун З. С., Глуховський В. В., Гревцова Р. Ю., Козуліна С. О., Кризина І. П., Лопатенков Г. Я., Малєїна М. М., Сенюта І. Я., Стефанчук Р. О., Стеценко С. Г.

Разом з тим, природа і структурованість прав пацієнтів, питання їх реалізації у сфері надання медичної допомоги залишаються недостатньо розкритими. Громадянин у нашій державі володіє формальними правами, що тільки декларуються і досить часто ігноруються в медичній практиці. Тому метою даного дослідження є аналіз прав пацієнта як складника його правового статусу та їх систематизація на підставі законодавства України.

Права пацієнта – це похідні від загальних громадянських, економічних, політичних, соціальних і культурних прав людини, специфічні права фізичної особи, яка звернулася за медичною допомогою та (або) якій надається така допомога.

Права пацієнтів передбачають можливість самостійно вчиняти певні активні дії чи вдатись до конкретних заходів (профілактичних оглядів, щеплень тощо). Праву користування одним суб'єктом будь-яким соціальним благом завжди кореспондує обов'язок іншого суб'єкта виконати певні дії або утриматись від них. Тому поняття «права пацієнта» охоплює можливість вимагати від інших суб'єктів вчинення певних дій (щодо надання якісної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, проведення незалежної медичної експертизи) або утримання від вчинення певних дій, наприклад, особиста недоторканність пацієнта, інформована згода на медичне втручання, відмова від медичного втручання. Крім того, поняттям «права пацієнта» передбачена можливість вимагати від держави забезпечення цього права шляхом оскарження неправомірних дій, рішень чи бездіяльності посадових і службових осіб медичних закладів, відшкодування матеріальної та моральної шкоди, заподіяної неналежним наданням медичної допомоги. [6, с.68]

Також поняття прав пацієнта було запропоноване у проєкті Закону України «Про захист прав пацієнтів» від 06.12.2007 № 1132. А саме, правами пацієнта проєкт назвав права, реалізовані на індивідуальному, колективному і груповому рівнях в області охорони здоров'я, в тому числі у зв'язку з будь-яким медичним втручанням [4].

Аналіз чинного законодавства дає підстави стверджувати, що пацієнт за договором про надання медичної допомоги наділений певним переліком прав. Дані права знаходять своє відображення в міжнародних документах, ратифікованих в Україні належним чином, Конституції України [1], Цивільному кодексі України [2], Основах законодавства про охорону здоров'я (далі – Основи) [3], та інших нормативно-правових актах.

Досліджуючи права пацієнтів варто звернути увагу на положення Лісабонської декларації щодо прав пацієнта, прийнятій 34 Всесвітньою медичною асамблеєю у 1981 році. Зокрема, дана Декларація закріплює наступні права пацієнтів:

- а) пацієнт має право вільно обирати свого лікаря;
- б) пацієнт має право отримувати допомогу від лікаря, який вільний від будь-яких зовнішніх впливів при винесенні своїх клінічних чи етичних рішень;
- в) пацієнт має право погодитись чи відмовитись від лікування після одержаної адекватної інформації;
- г) пацієнт має право очікувати, що його лікар буде поважати конфіденційний характер медичних і особистих відомостей про нього;
- д) пацієнт має право померти з гідністю;
- е) пацієнт має право прийняти чи відхилити духовну та моральну підтримку, включаючи допомогу священнослужителя відповідної конфесії.

Визначення та нормативне закріплення прав пацієнтів дає можливість реалізовувати права пацієнтів за допомогою передбачених законодавством способів захисту порушених прав.

Так, складовими механізму захисту прав пацієнтів є:

1. Нормативне закріплення прав пацієнтів в українському законодавстві, їх класифікація;
2. Способи захисту прав пацієнтів: а) адміністративний; б) судовий; в) альтернативний (позаінстанційний).
3. Залучення громадськості у вирішення проблем у сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів.

4. Міжнародне співробітництво України у галузі захисту прав пацієнтів.

5. Юридична відповідальність за порушення у сфері охорони здоров'я та прав пацієнтів [7, с. 306].

Слід також зазначити, що досить часто виникають спори, пов'язані із порушенням прав пацієнтів. Одним із способів захисту таких прав є звернення до суду. Проте у пацієнтів не завжди є можливості або достатні знання для звернення до суду самостійно. Тому вони звертаються за допомогою до третіх осіб. У зв'язку з цим деякі автори вважають, що в Україні доцільно застосовувати медіацію. Медіація як перспективний напрям у праві означає допомогу пацієнту від спеціаліста медіатора, який може бути психологом, юристом, котрий може допомогти пацієнту провести зустріч, переговори з представником медичного закладу, організації з метою дійти згоди у спірному питанні з самого початку [5, с. 35].

Можна сказати, що на даний час в Україні проводиться робота з удосконалення правового регулювання охорони здоров'я населення. Проте, незважаючи на заходи, які вже проведені для покращення правового статусу пацієнтів в Україні, існує ще багато проблем, які вимагають подальшого правового регулювання. Тому доцільним буде об'єднання зусиль юристів і медичних працівників для вирішення проблем, які існують у сфері охорони здоров'я.

Література:

1. Конституція України від 28 червня 1996 року із змінами і доповненнями // Офіційний вісник України. – 2010. – №72/1. – Ст. 2598.

2. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. із змінами і доповненнями // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №40-44. –Ст.356.

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. –Ст. 19.

4. Про захист прав пацієнтів: Проект закону України від 06.12.2007 року N 1132. [Електронний ресурс] / Офіційний веб-сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?p_f3511=30982

5. Галай В. Медіація як один з альтернативних способів захисту прав пацієнтів // Право України. – 2007. – № 10. – С. 35–37.

6. Сенюта І.Я. Права й обов'язки суб'єктів медичних правовідносин: деякі проблеми реалізації / І.Я. Сенюта // Право України. – 2011. –№11-12. – С.67-73.

7. Слома В.М. Права пацієнтів в У та гарантії їх здійснення //Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково_практичної конференції 17–18.04.2008, м. Львов.с.304-308

8. Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О.М.Ціборовський, С.В.Істомін, В.М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.

*Омелай Д.В.,
студент 44 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМАТИКА ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Відповідно до ст. 3 Конституції України – людина, її життя і здоров'я, честь та гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. За часів незалежності в нашій державі постала гостра проблема щодо охорони здоров'я громадян.

В системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності нашого народу важливе місце посідає забезпечення їм можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу. Світовий досвід показує, що напрямки вирішення проблеми забезпечення існування дієвої системи охорони здоров'я можуть бути різними, що підтверджується різноманітністю систем охорони здоров'я, які відрізняються, зокрема структурою джерел фінансування охорони здоров'я і організацією надання медичних послуг. Соціально-політична криза в Україні призвела до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення.

За роки незалежності не відбулось кардинального реформування системи охорони здоров'я, проте, в міру стабілізації економіки, підвищення рівня населення виникла потреба у покращенні функціонування медичної системи. Зниження рівня надання медичної допомоги загрожує зростанням соціального напруження та виникнення різноманітних соціальних конфліктів [1].

Одним із шляхів до забезпечення належної організації охорони здоров'я, яка забезпечувала б право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, є розвиток системи обов'язкового медичного страхування. Враховуючи сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні, впровадження обов'язкового медичного страхування є неминучим.

Метою впровадження обов'язкового медичного страхування є забезпечення конституційних прав громадян України на безоплатне надання медичної допомоги, подолання хронічного недофінансування системи охорони здоров'я.

Обов'язкове медичне страхування є основною формою захищеності громадян в країнах з розвинутою ринковою економікою. Обов'язкова форма медичного страхування використовується у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна – там, де поширені приватні страхові компанії. Однією з найважливіших характеристик системи соціального медичного страхування є цільове формування коштів на охорону здоров'я [2].

До особливостей обов'язкового страхування необхідно віднести такі:

зв'язок обов'язкового страхування з державою; коло страхувальників та об'єкти страхування вказуються у відповідному нормативному акті; умови обов'язкового страхування, обсяг страхової відповідальності, страхове забезпечення визначаються законом; має примусовий характер; обов'язкове страхування передбачає особливий захист інтересів особи, яка повинна бути застрахована.

Для успішного впровадження концепції обов'язкового медичного страхування в Україні можна розглянути декілька концепцій. До них можна віднести такі:

визначення пріоритетності і етапів впровадження нового економіко-організаційного механізму системи охорони здоров'я; реформування системи охорони

здоров'я, встановлення нового юридично-господарського статусу для ряду установ охорони здоров'я на кожному рівні надання допомоги; розробка та затвердження електронної медичної картки; визначення ціни планових витрат, які відповідають лікуванню згідно стандартів; встановлення порядку та джерел фінансування затрат на медичну допомогу; встановлення найбільш ефективної і оптимальної системи розподілу грошових коштів, які будуть отримані від джерел фінансування; встановлення порядку укладання договорів між тими, хто надає медичні послуги і тими, хто буде фінансувати надання цих послуг.

Але на шляху запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування присутній і ряд суттєвих недоліків: відсутність відповідної організаційної інфраструктури для здійснення медичного страхування; недостатній досвід роботи медичних працівників в умовах договірних відносин; недосконалість спеціалізованих інформаційних технологій [3].

На сьогоднішній день в Україні є нагальна необхідність у запровадженні на законодавчому рівні обов'язкового медичного страхування.

Це об'єктивно необхідно для таких суб'єктів: а) громадян України, переважна більшість яких виступає час від часу як пацієнти; б) медичних працівників, оскільки у них з'явиться матеріальна зацікавленість якісно виконувати свою роботу; в) лікувально-профілактичних закладів, оскільки вони реально отримуватимуть кошти за кожного пролікованого пацієнта; г) суспільства в цілому, оскільки воно сприйматиме обов'язкове медичне страхування як додатковий аргумент соціального забезпечення та уваги з боку держави; ґ) самої держави, оскільки стане прозорішим механізм фінансування витрат на медицину, більш дієвим буде механізм впливу на лікувально-профілактичні установи, які надають неякісну медичну допомогу [4].

Підсумовуючи вищезазначене можна дійти до висновку, що система обов'язкового медичного страхування візьме під свій контроль процес надання медичної допомоги. В створених страхових програмах вона визначить об'єм державних зобов'язань по фінансуванню медичної допомоги, а також забезпечить гарантований мінімум з однаковою належною якістю для всіх груп населення України.

На основі аналізу наукових матеріалів щодо запровадження обов'язкового медичного страхування, варто відзначити, що цей вид страхування потребує чіткого визначення правових, організаційних та фінансових засад запровадження такої системи. Ефективне забезпечення прав громадян на охорону здоров'я є першочерговим соціальним пріоритетом. Проте до вирішення питання запровадження медичного страхування в Україні потрібно підійти раціонально та прагматично.

Не запровадження загальнообов'язкового медичного страхування є великою перешкодою на шляху до євроінтеграції. Адже в такому випадку не виконуються положення ст. 49 Конституції України, згідно якої, кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Література:

1. Бортник С. Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С. Бортник. – Режим доступу : http://www.ounb.km.ua/pdg/Journal_NZ_2.pdf.

2. Євсєєнко В.О. Проблеми впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / В.О. Євсєєнко // Матеріали ІІ всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. – 2011. – №1(34). – С. 262-263.

3. Євтушевський В.А. Особливості становлення та перспективи медичного страхування в системі охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / В.А. Євтушевський, В.В. Єрмолаєва. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/tprpe/2009_20/Zb20_05.pdf.

4. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні / В.Ю. Стеценко // Юридична наука і практика. – 2011. – №1. – С. 71-77.

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

Онщенко В.В.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРИМУСОВОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЯК СПОСОБУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

У господарських відносинах, пов'язаних з виробництвом лікарських засобів, механізм захисту прав інтелектуальної власності виступає однією з передумов здійснення прибуткової та конкурентоспроможної діяльності. Перш за все це пов'язано з розробкою, патентуванням та подальшим виробництвом нових ліків. Загалом, ці права є непорушними, проте існують певні винятки, зокрема примусове ліцензування, дослідженню якого ми присвятимо роботу.

За ч.2 ст.154 Господарського кодексу України, до відносин, пов'язаних з використанням у господарській діяльності прав інтелектуальної власності, застосовуються положення Цивільного кодексу України з урахуванням особливостей, передбачених цим Кодексом та іншими законами. Одним із елементів майнового права інтелектуальної власності є виключне право дозволяти використання об'єкта (п.2 ч.1 ст.424 Цивільного кодексу, ч.5 ст. 28 ЗУ «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» (далі – Закон). Дане право ставиться в підпорядкування положенню, за яким Україна проголошена соціальною державою, в якій людина, її життя та здоров'я є найвищою цінністю. Проте, з метою запобігання зловживання своїми виключними правами, зокрема фармацевтичними компаніями, при сукупності певних обставин Кабінет Міністрів України може дозволити використання запатентованого винаходу без згоди власника (ч.3 ст.30 Закону). Варто зазначити, що положення національного законодавства відповідають нормам міжнародного права, а саме ст. 30, 31 Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності (угода ТРІПС).

Окрім загальних положень, примусове ліцензування виробництва саме лікарських засобів регламентується ЗУ «Про лікарські засоби», постановою Кабінету Міністрів України «Порядок надання Кабінетом Міністрів України дозволу на використання запатентованого винаходу (корисної моделі)», що стосується лікарського засобу» (далі-Порядок).

Перш за все проаналізуємо мету, яка, фактично, виступає однією з умов застосування примусового ліцензування. Так, постанова вказує на охорону здоров'я населення, в тому числі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (п.2). Вважаємо, що вказане формулювання є занадто широким, адже попри акцент на деяких хворобах, поняття «охорона здоров'я населення» недостатньо чітко визначає ситуацію, при якій доцільним буде введення примусового ліцензування. Окрім цього, в законодавстві відсутнє визначення «соціально небезпечних хвороб», вказане ми можемо розуміти лише через приблизний перелік хвороб, які

характеризуються руйнуючим впливом на імунну систему людини, такі як туберкульоз, гепатити. Також вважаємо за доцільне закріплення певного кількісного показника зараження, скажімо у відсотковому співвідношенні хворих до загального населення.

Юрій Савко акцентує увагу на тому, що до Порядку не має бути застосований ЗУ «Про правовий режим надзвичайного стану» (далі – ЗУ) [1]. Автор пояснює це тим, що процедура введення надзвичайного стану є досить складною, що може відкласти вирішення проблем у сфері охорони здоров'я населення. Загалом, ми погоджуємось з тезою зазначеного дослідника, але варто зазначити, що режим надзвичайного стану вводиться Указом Президента України, який підлягає затвердженню Верховною Радою України протягом двох днів (ч.1 ст. 5 ЗУ). Тобто, за ідеальних умов термін є досить незначним, затягування процесу виникне лише в разі незгоди Верховної Ради. Проте, ми допускаємо можливість співпадання процедури примусового ліцензування та режиму надзвичайного стану, адже однією з умов для введення останнього, яка прямо пов'язана зі станом здоров'я населення, є, передбачена у п.1 ч.2 ст. 4 ЗУ, пандемія (поширення нової хвороби в світових масштабах) [2]. Положення Угоди ТРІПС також вказують на можливість введення примусового ліцензування під час надзвичайної ситуації, зокрема, п. b ст. 31 передбачено, що «Член може тимчасово відмовитися від цієї вимоги у випадку надзвичайної ситуації в країні чи інших обставин крайньої необхідності або у випадках некомерційного використання в інтересах суспільства».

Порядок вказує на одночасну наявність певних документально підтверджених обставин, при яких Кабінет Міністрів може видати дозвіл. Це безпідставна відмова власника патенту видати ліцензію на використання винаходу та коли власник патенту не може задовольнити потребу у відповідному лікарському засобі (п.2). Якщо ми порівняємо вказане з нормами Закону (ч.3 ст.30), то виявимо колізію, адже Закон вказує лише на безпідставну відмову власника патенту. Використовуючи правила подолання колізій у законодавстві, ми приходимо до висновку про наявність лише однієї обставини для видачі примусової ліцензії.

В аб. 2 п. 4 Порядку, вказано, що заінтересований суб'єкт господарювання звертається до Міністерства охорони здоров'я (далі – МОЗ) з клопотанням про надання дозволу з відповідним пакетом документів (обґрунтування необхідності та строку використання виробу, підтвердження безпідставної відмови, розрахунок компенсації, техніко-економічне обґрунтування можливості, умов та порядку використання виробу).

Ми вбачаємо проблему з обґрунтуванням необхідності використання запатентованого виробу, адже у Порядку не вказано джерел подібної інформації. У цьому ми вбачаємо небезпеку зловживання примусовим ліцензуванням, адже суб'єкти можуть подавати вигідну для себе інформацію, наприклад висновок про поширеність хвороби, який насправді не відповідає дійсності. Вважаємо, що обґрунтуванням повинні виступати дані, які підготовані Міністерством охорони здоров'я, який на підставі моніторингу про стан здоров'я населення, що, до речі, є однією з його функцій відповідно до п.4 Положення про Міністерство охорони здоров'я, затвердженого Кабінетом Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, оголошує про стан поширеності хвороб.

Також не розкрито сутність поняття «безпідставної відмови», це віднесено на розсуд МОЗ. Вважаємо, що прикладом такої відмови може виступати занадто зави-

цена, неекономічно обгрунтована ціна ліцензії на виробництво лікарського засобу лише для вітчизняних фармацевтичних компаній.

Отже, примусове ліцензування виступає суспільно необхідним інститутом, який доводить соціальну зорієнтованість політики держави. Обмеження прав інтелектуальної власності є необхідним кроком у бік вирішення загальнодержавних проблем. Проте, вважаємо, що існують певні проблеми у регламентації порядку здійснення примусового ліцензування, такі як, відсутність роз'яснення ряду термінів, колізійність законодавства, необхідність підвищення захисту прав власника патенту від зловживань іншими суб'єктами господарювання.

Література:

1. Савко Ю. Примусове ліцензування: забезпечення національної безпеки/захист прав інтелектуальної власності/ Савко Ю.[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/249584>

2. Глобальное предупреждение и ответные действия (GAR). Что такое пандемия. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/ru/

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

Осіпенко В.В.,

студент 23 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОТРИМАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ НЕЗАКОННИМ ШЛЯХОМ

Розвиток науково-технічного прогресу упродовж ХХ-ХХІ ст. сприяє впровадженню у медичну сферу нових технологій та видів діяльності. Одним із найвидатніших досягнень сучасної медицини є трансплантація органів і тканин людині, адже за її допомогою сьогодні здійснюється лікування багатьох хворих, які нещодавно не могли сподіватися на одужання.

У зв'язку з активним розвитком трансплантації, недосконалістю чинного законодавства у цій сфері, недостатнім контролем держави з'явилися велика кількість злочинів, пов'язаних із цією діяльністю (зокрема й отримання трансплантаційних матеріалів незаконним шляхом).

Актуальність дослідження зумовлюється тим, що ці суспільно небезпечні дії спрямовані на заподіяння шкоди життю та здоров'ю особи, які зрештою визнаються в нашій державі найбільшою соціальною цінністю, а отже мають виняткове значення.

Слід наголосити на тому, що основними (найбільш поширеними) способами отримання трансплантаційних матеріалів незаконним шляхом є наступні:

1) Видалення органів або тканин шляхом насильства, примушування.

Примушування – це дії, які полягають у застосуванні до потенційного донора заходів фізичного або психічного характеру[1; с. 166]. За такі дії у ст. 143 КК України передбачається кримінальна відповідальність.

На нашу думку, у сьогоднішніх реаліях необхідне впровадження більш суворого покарання за дане правопорушення. Адже внаслідок активної торгівлі органами сьогодні страждає невимовно велика кількість людей.

2) Видалення органів або тканин шляхом обману.

Цей вид незаконної трансплантації за деякими даними є найбільш поширеними в Україні[2; с. 4]. Так обманним шляхом можливе видалення органів під час хірургічного втручання, коли орган видаляють у хворого без його відома під час необхідного хірургічного втручання через реальну хворобу, та під час непотрібного хірургічного втручання – коли лікарі обманним шляхом переконують жертву-донора в існуванні вигаданої (або насправді не настільки суттєвої) хвороби та користуються цим для проведення операції, під час якої видаляють потрібний їм орган.

Покарання за цей злочин визначено у ст. 145 КК України. Серед іншого санкцією норми передбачається покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років. На наше переконання лікарі чи інші медичні працівники, які вчинили цей злочин, мають бути позбавлені права взагалі будь-коли займатися лікуванням людей, адже вони, їх діяльність, становлять суттєву небезпеку для пацієнтів. Пацієнт уже не може бути впевнений у дотриманні своїх прав та забезпеченні його власних інтересів таким лікарем.

3) *Видалення органів або тканин за допомогою фальшивого свідоцтва про смерть головного мозку.*

За таких умов органи видаляють у тяжко хворих або непритомних пацієнтів на підставі виданого лікарем фальшивого свідоцтва про смерть головного мозку [3; с. 53].

Такий вид суспільно небезпечного діяння стає можливим у зв'язку із недостатньо жорсткою регламентацією процесу визнання смерті головного мозку. Ми вважаємо, що треба запровадити такий порядок, за якого висновок про смерть головного мозку надавався декількома лікарями з різних лікувальних установ, можливе також запровадження періодичних перевірок, що здійснювалося б певним (вже існуючим або ж взагалі новоствореним) спеціальним органом. Це буде запобігати (можливо й не повною мірою, але все ж) можливості окремого лікаря зловживати своїм становищем та шкодити інтересам кожного окремого пацієнта.

4) *Добровільна згода на видалення органу чи тканин* (з порушенням законодавства: трансплантація у закладах, які не мають права проводити втручання або її здійснення особами, які не мають на це права тощо)

Загальне погіршення економічної ситуації, матеріальні труднощі населення підштовхують особу, здатну стати потенційним донором, до рішення про продаж своїх органів і тканин. Такий вчинок стає для цієї особи єдиним джерелом доходу [4; с. 557].

Вісно, що комплексно таку проблему вирішити надзвичайно складно, а може і взагалі неможливо. Але, на нашу думку, держава повинна здійснювати активну роботу, аби доводити до відома населення, яким чином (нехай і не настільки прибутковим, але точно безпечнішим) можна вирішити ці питання без продажу «власного здоров'я».

Таким чином, сьогодні існує велика кількість можливостей отримання трансплантаційних матеріалів незаконним шляхом, що зумовлено як недосконалим порядком законодавчого регулювання цього процесу, недостатньо жорсткими покараннями за злочини у сфері трансплантації, так і доволі пасивною поведінкою держави щодо проведення роз'яснювальної роботи з населенням, щодо запобігання вчинення таких злочинів медичними працівниками, щодо проведення митної політики. Тож сьогодні держава має не лише плідно попрацювати у законодавчій сфері, але і активно протидіяти таким злочинам на інформаційному фронті, у сфері ді-

яльності медичного персоналу, має активізувати діяльність правоохоронних органів тощо.

Література:

1. С.В. Гринчак Вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації: аналіз складу злочину // Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди – «ПРАВО» – Випуск № 17, 2011. – с. 164-170.

2. Корчинский В. “Украинские медики торгуют органами”: [німецька преса звинуватила наших лікарів у незаконних продажах частин тіла людей й назвала Україну головним постачальником людських органів на світовому ринку] /Вадим Корчинский. // Сегодня. – 2009. – 25 авг. (№ 182). – с.4.

3. Гушесова Т. Г. Кримінально-правові проблеми трансплантації органів і тканин людини // Трансплантологія. – 2004. – Т. 7. – № 3. – с. 52–57.

4. Соловьев А.П. Незаконная трансплантация органов и (или) тканей человека и ее предупреждение // Актуальные проблемы российского права. – 2007. – №1. – с. 554-560.

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

Павліченко В.О.,

студент 33 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ УМОВ ТА ПОРЯДКУ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ (ДРТ)

Конституційною підвалиною юридичної регламентації донорства в Україні є ст. 29 Основного Закону, яка визначає право на особисту недоторканність в аспекті згоди чи відмови від будь-якого медичного втручання. На деталізацію змісту цієї норми в законодавстві України передбачено право на донорство або окремі його структурні елементи, зокрема, у Цивільному кодексі України від 16.01.2003 р. (ст. 290, п. 7 ст. 281) [1], Основах законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. (ст. 46, 47, 48) (далі – Основи) [2], а також підзаконних нормативно-правових актах, що визначають окремі питання у сфері донорства.

У всьому світі стрімко розвиваються новітні технології репродукції людини, в тому числі пов'язані з сурогатним материнством, які набули поширення на комерційній основі в Україні.

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) – це методики лікування безплідності, при яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення та розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro*. До методів ДРТ належать IVF, ICSI, внутрішньоматкова інсемінація, криоконсервування й сурогатне материнство. Особливо проблемним з правової точки зору є сурогатне материнство, яке набуває дедалі більшого поширення у лікарській практиці.

Сурогатне материнство – це одна з репродуктивних технологій, за якою здорова жінка на основі угоди (договору) після штучного запліднення виношує та народжує дитину для іншої сім'ї. Зачаття відбувається в умовах спеціалізованого медичного закладу (без статевого акту), з метою чого можуть використовуватися яйцеклітини та сперма безплідної подружньої пари або донорів [1].

Штучне запліднення та імплантація ембріона законодавчо закріплені в статті 48 чинного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Згідно з цим Законом, застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється відповідно до умов та порядку, встановлених Міністерством охорони здоров'я України за медичними показаннями в повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умов наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці.

Медичний аспект сурогатного материнства в Україні регламентує наказ № 24 МОЗУ від 04.02.97 р. «Про затвердження умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення».

В ст.121 Сімейного кодексу України загальною підставою виникнення прав та обов'язків матері, батька та дитини вважається походження дитини від батьків. З.В.Ромовська вважає, що тут йдеться про кровну спорідненість батьків та дитини [2, с.249]. Але при застосуванні сурогатного материнства і донорських матеріалів навряд чи можна говорити про кровну спорідненість батьків та дитини.

Ст.123 СКУ регулює визначення походження дитини від батька, матері при штучному заплідненні та імплантації ембріона. Але українське законодавство містить суттєві прогалини, відсутній єдиний законодавчий акт у зазначеній сфері, не визначено основних понять, зокрема сурогатна мати тощо [3].

Порушення встановленого законом умов та порядку застосування ДРТ становить надзвичайно високу небезпечність, оскільки мова йде про найвищу цінність – життя та здоров'я дітей, їх повноцінний духовний та фізичний розвиток. Крім того, ще недостатньо досліджено психологічні та генетичні наслідки застосування ДРТ. Лікарська практика стикається зі складними етичними та релігійними перепонами. Тому в багатьох країнах обмежено чи взагалі заборонено застосування допоміжних репродуктивних технологій, особливо сурогатного материнства. Останнє заборонено законом в Австрії, Норвегії, Швеції, Франції, Італії, Швейцарії, Німеччині. У Бельгії, Ірландії, Фінляндії сурогатне материнство ніяк не регламентується законом, але існує. В Австралії, Великобританії, Данії, Ірландії, Канаді дозволене лише некомерційне сурогатне материнство. На комерційній основі воно дозволене у більшості штатів Америки, ПАР, Російській Федерації, Грузії та Україні [1].

Як відмічають фахівці [4.], недосконалість правового регулювання зазначених відносин на законодавчому рівні в Україні, неналежний контроль з боку держави, відсутність кримінальної відповідальності за порушення технологій репродукції людини у разі, якщо це призвело до завдання істотної шкоди здоров'ю матері чи дитини, створює умови для різноманітних зловживань, порушень прав дитини та батьків.

На сьогодні у Верховній Раді України зареєстровано декілька законопроектів, що стосуються сурогатного материнства. Один з них, законопроект № 8282 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмежень у використанні допоміжних репродуктивних технологій», навіть був прийнятий Верховною Радою 16.10.2012 р, але повернутий Президентом України для повторного розгляду. На мою думку, розумно на сьогоднішньому етапі розвитку ДРТ обмежити сферу їх застосування тільки подружжям за медичними показаннями. Згадані законопроекти не вирішують життєво важливого питання – захисту від злочинних посягань в процесі застосування ДРТ. Тому на часі назріло питання криміналізації діянь, пов'язаних з порушенням встановлених умов та порядку застосування ДРТ.

Література:

1. Суррогатное материнство: <http://ru.wikipedia.org>.
2. Ромовська З.В. Сімейний кодекс України: Науково – практичний коментар. – К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2003. – 532 с.
3. Бабич О. Правове регулювання сурогатного материнства в Україні. Сьогодення та перспективи // Газета «Новости медицины и фармации». – 16 (379) 2011. – <http://www.mif-ua.com/archive/article/21690>.
4. Вустенко В.В. Сурогатне материнство: правовий та морально-етичний аспекти // Газета «Новости медицины и фармации» 20(228) 2007. – <http://www.mif-ua.com/archive/article/4100>

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

*Падалка Д.Ю.,
студент 4 курсу
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ЗЛОВЖИВАННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Станом на сьогоднішній день головною проблемою у правовому регулюванні галузі психіатрії є неефективність діючого законодавства і відсутність належного зовнішнього та внутрішнього контролю за діяльністю психіатричних закладів.

Ситуація з людьми, що мають психічні розлади в Україні залишається досить складною. Згідно статистичних даних, на початку 2014 р. в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням з різними формами психіатричної патології перебувало близько 1 453 717 осіб (2,8% населення України). [1] Зазначу, що в даному випадку мова йде лише про тих осіб, які офіційно перебувають на обліку фахівців.

Занепокоєння викликає той факт, що переважна кількість психічних захворювань припадає на працездатне населення, психологічні розлади якого на фоні безробіття, корупції, злочинності, інших соціально-економічних негараздів зростають з кожним роком. [2]

Аналізуючи судову практику щодо злочинів у сфері надання психіатричної допомоги я дійшов висновку, що злочинність у даній галузі психіатрії носить рецесивний характер. Проблема, насамперед, полягає у закритості і особливості психіатричної сфери діяльності.

Говорючі про зловживання у сфері надання психіатричної допомоги слід зазначити про цілу систему злочинів.

Як зазначає Кирилюк І.В. із злочинів, характерних для сфери психіатрії, можна виділити п'ять класифікаційних груп: насильницькі злочини: незаконне поміщення в психіатричний заклад (ст. 151 Кримінального кодекса України від 5 квітня 2001 р. № 2341–III – далі КК), нанесення побоїв різної тяжкості (ст. 121–125 КК), побоїв і мордування (ст. 126 КК), катування (ст. 127 КК), вбивства (ст. 115–119 КК), зґвалтування, інші статеві злочини (ст. 152–156 КК), проведення клінічних випробувань лікарських засобів, інші порушення прав пацієнта (ст. 141 КК), незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК), доведення пацієнтів до самогубства (ст. 120 КК); друга – це різноманітні корисливі злочини, спрямовані на порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184 КК), привласнення, розтрату майна, або заволодіння ним шляхом зловживання службовим становищем (ст. 191 КК) або привласнення таким же шляхом коштів, виділених на лікування та утримання хворих; третя – це такі корисливі службові злочини, як хабарництво (ст. 368, 369, 370

КК) та зловживання владою або службовим становищем(ст. 364 КК); четверта група – це такі службові злочини, як перевищення влади або службових повноважень (ст. 365 КК) та службова недбалість (ст. 367); п'ята група злочинів – це службове підроблення (ст. 366 КК), яке, як правило, супроводжує всі попередні чотири групи злочинів з метою укриття фактів їх вчинення.

Зазначаючи про нові реформи у сфері охорони здоров'я і їх реалізацію, потрібно враховувати такі чинники як: низька заробітна платня персоналу психіатричних закладів, закритий тип психіатричних закладів, підпорядкування психіатричних закладів різним відомствам, а також значні прогалини у вітчизняному законодавстві, що регулює дане питання.

Говорячи про необхідність вирішення цих проблем, перш за все, акцентую увагу на останній проблемі. Так, наприклад, в Законі України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. № 1489–III саме поняття «тяжкого психічного розладу» (ст. 1), є не досить чітким і може привести до численних порушень та зловживань. Разом з тим у відсутнє чітке визначення поняття «безпосередня небезпека», що дозволяє трактувати це поняття кожному психіатрові на власний розсуд. З огляду на наявний криміногенний потенціал у цій сфері відносин законодавство повинно ідеально відповідати вимогам повноти, чіткості та недвозначності.

Не слід забувати, що люди, які мають психічні розлади є особливою категорією населення, які нездатні відстояти свої права самостійно, а тому повинні перебувати під постійним контролем і наглядом держави.

Таким чином, потрібно формувати правову свідомість, підвищити вимоги, а разом з тим і заробітну платню медичного персоналу, який обслуговує сферу психіатричної допомоги, розвивати інститут соціальних представників, а також укомплектувати органи внутрішніх справ спеціальними співробітниками, які б спеціалізувалися на розслідуванні порушень у сфері психіатрії. Саме реалізація цих заходів сприятиме вирішенню зазначених проблем.

Література:

1. Глузман С. Епідемія ліжко-місць. Радянська психіатрія досі живе в Україні / Семен Глузман // Український тиждень. – 6–12 серпня 2010 р. – № 32(145).
2. Кирилюк В. Злочинність у сфері психіатрії. Особливості та шляхи запобігання / Вісник Академії адвокатури України – 3 листопада 2013 р. – №2123.

Пантюх В.Ю.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДЕЯКІ ПИТАННЯ АСОЦІЙОВАНОГО ЧЛЕНСТВА В СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КООПЕРАТИВАХ

У відповідності до ст.1 Закону України «Про сільськогосподарську кооперацію» (надалі – Закон) під сільськогосподарським кооперативом розуміється «юридична особа, створена фізичними та/або юридичними особами, які є виробниками сільськогосподарської продукції, що добровільно об'єдналися на засадах членства для провадження господарської та іншої діяльності...».

Саме ознака членства є тією головною рисою сільськогосподарських кооперативів, за якою вони відрізняються від інших організаційно-правових форм. Чинне українське законодавство визначає два види членства, а саме: дійсне та асоційоване. Особливе значення асоційованого членства полягає у тому, що саме завдяки йому

сільськогосподарський кооператив залучає додаткові грошові кошти для свого розвитку. Інститут асоційованого членства, на відміну, від дійсного, є на сьогодні малодослідженим, проте особливо актуальним.

Вказане питання досліджувалося наступними науковцями: Гаєцька-Колотило Я.З., Павлова Е.І., Статівка А.Н., Уркевич В.Ю., Чурилова Т.М., Шульга М.В., Яремчук Ю.О. та ін. Метою даної роботи є дослідження особливостей правового регулювання асоційованого членства в сільськогосподарських кооперативах, а також його відмінностей від дійсного.

Згідно зі ст. 6 Закону України «Про сільськогосподарську кооперацію» юридичні та/або фізичні особи, які зробили вступний і пайовий внески у розмірах, визначених загальними зборами кооперативу, дотримуються вимог статуту, мають право ухвального голосу та беруть участь у господарській діяльності кооперативу. Вказаним законом передбачена можливість участі у кооперативі асоційованих членів, проте не містить тлумачення даного поняття.

Відповідно до ст. 14 Закону України «Про кооперацію», асоційованим членом сільськогосподарського кооперативу є фізична чи юридична особа, яка внесла пайовий внесок і користується правом дорадчого голосу в кооперативі.

Таким чином, однією із головних відмінностей досліджуваного виду члена від дійсного, є те, що юридична чи фізична особа може стати асоційованим членом сільськогосподарського кооперативу, що вже існує, а також, асоційований член сільськогосподарського кооперативу обмежений певним чином у прийнятті відповідних рішень, так як не має права ухвального голосу, а лише дорадчого, що, як слушно зазначає Е.І.Павлова, «може відштовхнути потенційних асоційованих членів, які б хотіли не тільки внести свій внесок, але в якійсь мірі брати участь у діяльності кооперативу» [5]. Проте, варто зазначити, що у випадку припинення діяльності сільськогосподарського кооперативу, асоційовані члени мають право у першу чергу отримати свій внесок та частки доходу від нього.

Тобто, чинне законодавство чітко виокремлює: головні обов'язки асоційованого члена – зробити пайовий внесок та дотримуватися статуту кооперативу, та права – право дорадчого голосу, отримання дивідендів (певної частки доходу від діяльності сільськогосподарського кооперативу) та першочергове отримання власного майнового внеску та часток доходу, і повернення належних їм земельних ділянок в натурі (на місцевості).

За правовим статусом асоційовані члени є своєрідними інвесторами для сільськогосподарського кооперативу. Своєрідні інтерпретації даного інституту можна простежити також в законодавстві зарубіжних країн. Так, у Великій Британії до сьогоднішнього дня існують дискусії відносно того, чи доцільно вводити та зберігати в законі норми щодо різних видів паїв, зокрема тих, які не надають права голосу і одержуються чистими «членами-інвесторами», у Франції асоційовані юридичні особи не можуть стати членами кооперативу, а у Фінляндії вони являються власниками інвестиційних акцій [3, с. 37].

Варто зазначити, що чинне законодавство передбачає можливість змінити своє дійсне членство на асоційоване, проте, не вказано випадки, коли це можливо. Якщо проаналізувати праці вітчизняних науковців, то більшість з них вважають, що змінювати звичайне членство на асоційоване доцільно, зокрема, пенсіонерам [6, с. 33]. У законодавстві Російської Федерації передбачено, наприклад, переоформлення членства у наступних випадках: вихід на пенсію; стан здоров'я; отримання вибор-

ної посади за межами кооперативу; служба в Збройних Силах Російської Федерації, а також інші випадки, визначені Законом чи Статутом сільськогосподарського кооперативу [2, с. 27]. З одного боку, вище перелічені випадки певною мірою обмежують відповідну категорію членів сільськогосподарського кооперативу у тому обсязі прав, які вони мали б, будучи дійсними членами, проте з іншого – дають дієву альтернативу виключенню зі складу кооперативу.

Одним із проблемних та неврегульованих законодавством питань є також максимальна кількість асоційованих членів сільськогосподарського кооперативу. Це зумовлено, зокрема, тим, що у разі якщо кількість асоційованих членів сільськогосподарського кооперативу перевищує кількість дійсних, то вихід, так званих, членів-інвесторів із кооперативу, буде для останнього матеріально обтяжливим [5].

Так, до прикладу, у німецькому Законі «Про кооперацію» від 16.10.2006 передбачено, що кількість членів-інвесторів (особи, яким не надаються послуги кооперативу та які не беруть участі в його діяльності), не може призводити до блокування рішень, що приймаються більшістю голосів, що складає дві третини [5]. На мою думку, необхідно на законодавчому рівні встановити максимальну кількість асоційованих членів сільськогосподарського кооперативу за аналогією з Німеччиною, що створить певні гарантії для дійсних членів кооперативу.

З вищеведеного можна зробити висновок, що, асоційоване членство в сільськогосподарському кооперативі має ряд переваг у порівнянні із дійсним членством. Так, асоційовані члени не беруть безпосередньої трудової участі в діяльності кооперативу, а здійснюють лише майнову, у разі ліквідації сільськогосподарського кооперативу мають право у першу чергу на повернення майнових внесків та одержання своїх часток доходів від діяльності кооперативу, а також повернення їм земельних ділянок в натурі (на місцевості). Проте, асоційовані члени, на відміну від дійсних членів сільськогосподарського кооперативу не мають права брати участь в управлінні кооперативом, що є негативною рисою даного виду членства. У зв'язку з тим, що асоційовані члени кооперативу є своєрідними інвесторами, тобто надають додаткові джерела фінансування діяльності останнього, необхідно надати їм більший обсяг прав щодо прийняття рішень у даному сільськогосподарському кооперативі.

Література:

1. Закон України «Про сільськогосподарську кооперацію» від 17.07.1997 р. № 469/97-ВР (із змінами) [Електронний ресурс] / Офіційний сайт ВРУ. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/go/469/97-%D0%B2%D1%80>;
2. Гасцька-Колотило Я.З. Організаційно-правові форми сільськогосподарської кооперації в Україні: Дис.... канд. юрид. наук. – К., 2003. – 201 с.
3. Галушко О.О. Особливості діяльності сільськогосподарських кооперативів з асоційованим членством // Інноваційна економіка – 2012. – № 5 С.36-39
4. Зіновчук В.В. Організаційно-правові засади становлення сільськогосподарської кооперації в Україні // [Електронний ресурс].- Режим доступу : http://www.znau.edu.ua/visnik/2012_1_2/3.pdf;
5. Чурилова Т.М.. Проблемні питання асоційованого членства у сільськогосподарських обслуговуючих кооперативах // Держава і право. Випуск №49. Київ 2010. – [Електронний ресурс].- Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_gum/dip/2010_49/
6. Яременко М.І. Правове регулювання створення і діяльності с/г кооперативів // Інноваційна економіка – 2011. – № 4 С.33-36.

*Пантюх В.Ю.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

МОМЕНТ ВИХОДУ УЧАСНИКА ІЗ ТОВ: ПІДХОДИ ДО РЕГУЛЮВАННЯ

На сьогоднішній день у нашій державі створені необхідні умови для функціонування товариств з обмеженою відповідальністю (надалі – ТОВ). Вищевказане зумовлено тим, що дана організаційно-правова форма є доступною для володільців капіталу, що потрібний для формування товариства, а також для осіб з досвідом провадження господарської діяльності.

Одним із способів добровільного припинення участі в ТОВ являється вихід учасника із товариства. Вказане право є беззастережним та не підлягає обмеженню статутом або рішенням установчих органів товариства. На практиці однією із проблем, що виникають у процесі розгляду спорів за участю вказаних суб'єктів, являється питання стосовно моменту виходу учасника з товариства, яке чітко не регламентовано нормативно-правовими актами. При цьому, необхідно зазначити, що серед дослідників даної проблематики, також не існує єдності в підходах.

Дослідження правових аспектів виходу учасника із ТОВ та питання визначення моменту такого виходу, зокрема, здійснювали вітчизняні вчені-теоретики та практики С. Дзюбенко, А. Бондарчук, Н. Саутенко, С. Трикур, С. Лінецький, Д. Кучеренко та ін.

У відповідності до статті 50 Закону України «Про господарські товариства» від 19.09.91 р., товариством з обмеженою відповідальністю являє собою товариство, із статутним капіталом, розподіленим на частки, величина яких визначається установчими документами. Дана дефініція деталізується статтею 80 Господарського кодексу України: «... , та відповідає за своїми зобов'язаннями лише своїм майном».

Ч. 1 ст. 148 ЦК України передбачає, що учасник ТОВ може вийти з товариства, повідомивши про свій вихід решту учасників не пізніше ніж за три місяці до виходу, у разі коли інший строк не передбачений статутом, а статтею 10 Закону України «Про господарські товариства», визначено, що вказаний суб'єкт може припинити свою участь в товаристві в установленому порядку. При цьому, необхідно зазначити, що жоден із вищенаведених нормативних актів не вказує на момент виходу учасника із ТОВ. Подолати відповідні прогалини намагалися вищі судові інстанції України та Державний комітет України з питань регуляторної політики та підприємництва у своїх інтерпретаційних актах. Позиції вказаних органів, а також їх прибічників серед науковців та практиків поділяють на три групи.

1) з позиції Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва моментом припинення учасником товариства членства в ньому є день державної реєстрації відповідних змін до установчих документів (лист від 28.07.2004 року № 5114) [3]. А. Бондарчук підтримує вказану позицію та вважає, що для уникнення в майбутньому суперечностей, у протоколі засідання установчого органу товариства потрібно передбачити пункт, в якому чітко зазначити, що день реєстрації змін у статуті ТОВ є днем виходу учасника з нього. До того ж, у вищевказаному документі необхідно передбачити строки виплати належної учаснику частки. Враховуючи положення чинного законодавства, це повинно відбуватися після затвердження звітності за рік, у якому учасник припинив членство в товаристві, проте не пізніше 12 місяців з дати припинення [1, с. 75]. Подібно до даної позиції, це пи-

тання регламентовано в законопроектах № 1345, поданих народним депутатом Зваричем Р.М. та № 3683, поданим Урядом України, якими пропонується внести зміни до ст. 54 Закону України «Про господарські товариства», а часом виходу учасника з товариства з обмеженою відповідальністю передбачити дату державної реєстрації змін до установчих документів, в частині зміни складу учасників [2]. Проте доволі негативним моментом являється те, що можливість учасника вийти з товариства є залежною від волі решти учасників та дій державного реєстратора, що не відповідає беззастережності вказаного права.

2) Вищий господарський суд України вважає, що учасник є таким, що припинив участь у товаристві з обмеженою відповідальністю з того дня, коли установчим органом даного суб'єкта господарювання ухвалено рішення про виключення такого учасника з товариства на підставі його заяви про вихід, а у разі не ухвалення такого рішення з моменту закінчення терміну, передбаченого законом або статутом господарюючого суб'єкта для повідомлення про вихід з нього. Це пояснюється тим, що можливість учасника товариства вийти з нього не залежить від погодження такого рішення товариством чи іншими його учасниками. (п. 3.5. Рекомендацій Президії Вищого господарського суду України від 28.12.2007 р.) [4]. Подібну думку висловив С. Дзюбенко, який зазначає, що датою виходу учасника з товариства потрібно вважати день після завершення тримісячного строку, встановленого ст.148 ЦК України, для повідомлення про вихід з товариства, у випадку, якщо інший часовий проміжок не передбачений статутом товариства [2].

3) позицією Верховного Суду України являється те, що моментом виходу учасника з товариства є день подачі ним заяви про вихід визначеній посадовій особі товариства або надіслання заяви відповідним особам органами зв'язку (п. 28 Постанови Пленуму ВСУ від 24.10.2008) [6]. Аналогічним чином вказана проблематика регламентована і в законодавстві Російської Федерації. У відповідності до ст.26 Федерального Закону «Про товариства з обмеженою відповідальністю», учасник товариства може в будь-який момент вийти з товариства не отримуючи згоди інших його учасників чи товариства. В разі виходу учасника товариства з товариства його частка належить товариству з моменту подачі заяви про вихід з товариства.

Я вважаю, що найбільш виваженою є позиція Верховного Суду України, який, крім того, зазначає, що ч. 6 ст. 10 Закону № 1576-ХІІ («Про господарські товариства») визначає можливість учасника у передбаченому порядку в будь-який час припинити участь в ТОВ, незалежно від того чи є на це згода решти учасників або самого суб'єкта господарювання. Якщо у статутних документах передбачено норми, які обмежують чи забороняють можливість виходу учасника з товариства, такі положення є незаконними. Правовий аналіз вищезазначених юридичних норм дає підстави зробити висновок про те, що для виходу учасника з товариства не потребується згода інших учасників чи ухвалення відповідного рішення установчим органом товариства, а датою виходу учасника з товариства є день подачі ним заяви про вихід з товариства у передбаченому порядку. Днем подачі вказаної заяви необхідно вважати день передачі її учасником будь-якому виконавчому органу товариства або уповноваженому на це учаснику чи працівнику товариства, а не лише зборам товариства, підставою скликання яких стала заява учасника про вихід з товариства [5].

Таким чином, проаналізувавши наукову літературу, а також судову практику, можемо стверджувати, що корпоративні відносини в нашій державі регламентуються значним масивом нормативно-правових та інтерпретаційних актів, окремі

правові норми яких, досить часто суперечать одна одній, що породжує проблеми у правозастосуванні. У аспекті досліджуваної тематики вважаю, що учасник має беззастережне право припинити в будь-який момент участь в ТОВ незалежно від волі решти учасників, а тому, необхідно на законодавчому рівні передбачити єдиний підхід стосовно визначення моменту такого припинення, а саме: моментом виходу учасника з товариства являється дата подачі ним заяви про вихід відповідній посадовій особі товариства або вручення заяви цим особам органами зв'язку.

Література:

1. Бондарчук А.В. Проблеми відображення в обліку виходу учасника з ТОВ // Облік і фінанси. 2010. № 4. – С. 73-79.
2. Дзюбенко С. Визначення моменту виходу учасника з ТОВ. Теорія і практика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://blog.liga.net/user/jurclub/article/2471.aspx>.
3. Лист Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва № 5114 від 28.07.2004 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1158.1109.0>.
4. Про практику застосування законодавства у розгляді справ, що виникають з корпоративних відносин: Рекомендації Вищого господарського суду від 28.12.2007 року № 04-5/14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1077.1651.3&nobreak=1>.
5. Практика розгляду судами корпоративних спорів: Узагальнення Верховного Суду України від 08.01.2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1077.1845.0>.
6. Про практику розгляду судами корпоративних спорів: Постанова Пленуму ВСУ від 24.10.2008 № 13 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1077.1932.0>.

Пасько С.В.,

студент 4 курсу

ІНЮІ НІУО ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЛІСІВ В УКРАЇНІ

Відповідно до ч. 2 ст.1 Лісового кодексу України [1, Ст. 100]: ліси України є її національним багатством і за своїм призначенням та місцем розташуванням виконують переважно водоохоронні, захисні, санітарно-гігієнічні, оздоровчі, рекреаційні, естетичні, виховні, інші функції та є джерелом для задоволення потреб суспільства в лісових ресурсах.

Відповідно до ч. 1 ст. 39 Лісового кодексу України: ліси України за екологічним і соціально-економічним значенням та залежно від основних виконуваних ними функцій поділяються на такі категорії: 1) захисні ліси (виконують переважно водоохоронні, ґрунтозахисні та інші захисні функції); 2) рекреаційно-оздоровчі ліси (виконують переважно рекреаційні, санітарні, гігієнічні та оздоровчі функції); 3) ліси природоохоронного, наукового, історико-культурного призначення (виконують особливі природоохоронні, естетичні, наукові функції тощо). З урахуванням зазначених вище положень можна зробити висновок, що охорона лісів заслуговує підвищеної уваги, так як ті функції, які визначені нормами Лісового кодексу України мають життєво важливе значення для суспільства.

Згідно із абз. 26 розд. 1 Закону України «Про основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» [2, Ст. 218]: за площею лісів та запасами деревини Україна є державою з дефіцитом лісових ресурсів. Ліси займають більш як 15,7 відсотка території України (9,58 мільйона гектарів) і розташовані в основному на півночі (Полісся) та заході (Карпати). Оптимальним, за європейськими рекомендаціями, є показник лісистості 20 відсотків для досягнення якого необхідно створити більше 2 мільйонів гектарів нових лісів.

Лісовий кодекс України містить дві гл. 16 та 17, які присвячені охороні лісів. У них закріплені норми, які на перший погляд чітко визначають коло суб'єктів, на яких покладено функцію охорони лісів та контролю. Відповідно до ч. 1 ст. 86 Лісового кодексу України: організація охорони і захисту лісів передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на збереження лісів від пожеж, незаконних рубок, пошкодження, ослаблення та іншого шкідливого впливу, захист від шкідників і хвороб. Звідси законодавець чітко не розмежує поняття «охорона» та «захист», що є суттєвим недоліком у чинному законодавстві. Доцільно було б розмежовувати ці два поняття. Якщо ж певним нормативно-правовим актом, навіть Лісовим кодексом України буде чітко передбачено поняття «охорони лісів», то звідси уже можна і визначати положення, через які буде деталізуватися відповідні норми. Зазначена вище норма Лісового кодексу України чітко передбачає від чого повинні охороняти центральні органи виконавчої влади ліси для того, щоб реалізовувалися відповідні функції, які передбачені чинним законодавством. Не дарма зазначено, що це комплекс заходів, так як повинна бути взаємодія в діяльності різних органів, які зможуть усувати причини порушень, що завдають школу лісам.

Відповідно до ч. 1 ст. 89 Лісового кодексу України: охорону і захист лісів на території України здійснюють: державна лісова охорона, яка діє у складі центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері лісового господарства, органу виконавчої влади Автономної Республіки Крим з питань лісового господарства та підприємств, установ і організацій, що належать до сфери їх управління; лісова охорона інших постійних лісокористувачів і власників лісів. Державна лісова охорона має статус правоохоронного органу (ч. 2). Порядок діяльності державної лісової охорони та лісової охорони визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України (ч. 3). У ст. 91 Лісового кодексу України містяться повноваження, якими наділяється Державна лісова охорона. Даний перелік є досить розширеним. Якщо розглядати Положення про державну лісову охорону [3, Ст. 2447], то у п. 4 зазначенні основі її завдання. Вони є лаконічними, а повноваження зазначені у Лісовому кодексі України розкривають їх зміст.

Консультантом Світового банку Олександром Банчуком проведено дослідження «Недоліки та проблеми правового регулювання діяльності Державної лісової охорони України» [4, с. 15]. Предметом вивчення проведеного дослідження, яке здійснювалося експертами міжнародної програми ENPI-FLEG стали положення законодавства і практика його застосування в сфері охорони лісів нашої держави. Саме у цьому дослідженні автор критикує великий розмір повноважень даного органу та орієнтованість їх переважно на державні ліси. Олександр Банчук, який входив до цієї експертної групи, у своїй роботі зазначає наступні варіанти вирішення цих проблем: створити лісову охорону як урядовий орган компетенція якого поширюватиметься на всі види лісів в Україні, незалежно від їх підпорядкування і форми власності; поширити повноваження нинішньої державної лісової охорони на всі

ліси; передбачити створення підрозділів лісової охорони у всіх лісогосподарських підприємствах [4, с.15] Саме ці варіанти слід використовувати у законотворчому процесі, розробка нових законопроектів із врегулювання даного питання, потягнуть за собою як наслідок внесення змін як до Лісового кодексу України, так і до Положення про державну лісову охорону, що є не малозначним.

На практиці досить часто можна зустрітися з тим, що положення про охорону лісів порушують посадові особи Державної лісової охорони, нехтуючи заборонами на незаконну вирубку лісу, що в наш час є найголовнішою проблемою з якою слід боротися. Хоча чинним законодавством і передбачена як адміністративна так і кримінальна відповідальність, але санкції є не досить жорсткими. Томіленко П.І. наводить таку статистику, що усього з 2009 по 2014 рік за незаконну порубку лісу в Україні засуджено 1612 осіб [5, с.18].

Отже, підсумовуючи усе вище викладене можна сказати, що правове регулювання охорони лісів знаходиться на досить низькому рівні. Перш за все це відсутність чіткого розмежування понять «охорона» та «захист» лісів. При належному законодавчому формулюванні визначення охорони лісів необхідно сформулювати чіткий механізм, за яким вона буде здійснюватися. Адже якщо ситуацію залишати на рівні сьогодення, то негативні наслідки різного характеру неминучі.

Література:

1. Лісовий кодекс України від 21.01.1994 № 3852-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1994. – № 17. – Ст. 100.

2. Про Основні засади (стратегію) державно екологічної політики України на період до 2020 року: Закон України від 21 грудня 2011 р. № 2818-VI // Відом. Верхов. Ради України – 2011. – № 26. – Ст.218.

3. Положення про державну лісову охорону: затв. Постановою Кабінету міністрів України від 16.09.2009 № 976 // Офіційний вісник України. – 2009. – № 71. – Ст. 2447.

4. Олександр Банчук «Недоліки та проблеми правового регулювання діяльності Державної лісової охорони України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://fleg1.fleg.org.ua/fileadmin/user_upload/ufs/4.%20Program%20Information/4.02%20Program%20Components/4.02.02%20Legislation/4.02.02.Research_State_Forest_Guarding_UPD.pdf.

5. Томіленко П. І. Правове регулювання охорони лісів в Україні // Юридичний вісник – 2014. – № 4 (33). – С. 17-20.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Перепелиця Ю.В.,

студент 35 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ІСТОТНІ УМОВИ ПОПЕРЕДНЬОГО ДОГОВОРУ

Цивільний оборот, який стає все більше різноманітним й інтенсивним, сприяє розвитку нових видів договорів. Підвищений інтерес до дослідження договірних відносин часом виключає зі свого поля зору деякі інститути. Наразі таким інститутом опинився інститут попереднього договору, який не відрізняється достатністю нормативного регламентування та не здобув ґрунтовної уваги сучасних вчених, незважаючи на значне використання цього договору на практиці. Питання щодо

змісту договору, особливостей визначення кола його істотних умов та їх правового значення відноситься до спірних в науці цивільного права.

Питання щодо змісту попереднього договору вивчали В.В. Вітрянський, М.І. Брагінський, Р.А. Майданик та С.М. Бервено та іншими. Однак відсутність системності досліджень відображується в наявності висновків, що мають суперечливий характер. Тому необхідним є аналіз норм чинного законодавства про зміст попереднього договору та пошуку шляхів його вдосконалення [3, с. 241].

У ч. 1 ст. 635 Цивільного кодексу України міститься визначення попереднього договору, а саме, попереднім є договір, сторони якого зобов'язуються протягом певного строку (у певний термін) укласти договір в майбутньому (основний договір) на умовах, встановлених попереднім договором. Відповідно до ч.1 ст.638 ЦК договір є укладеним, якщо сторони в належній формі досягли згоди з усіх істотних умов договору. Аналізуючи зміст ч.2 ст.638 ЦК можна дійти висновку, що істотними умовами договору є умови: про предмет договору; які визначені законом як істотні; які є необхідними для договорів даного виду; щодо яких за заявою хоча б однієї зі сторін має бути досягнуто згоди [1].

Предмет договору є абсолютною істотною умовою для будь-якого договору, саме для попереднього договору ним є дії сторін спрямовані на укладення основного договору. Специфічність попереднього договору полягає у тому, що сторони, формулюючи свої обов'язки щодо укладення у майбутньому основного договору, тим самим відтворюють його предмет.

Деякі автори зазначають, що визначальне місце в попередньому договорі займає умова про строк укладення основного договору. Виконання попереднього договору обумовлене, в першу чергу, змістом умови про строк укладення основного договору. Однак також автори вказують на те, що якщо сторони не скористалися наданою їм можливістю (щодо встановлення строку укладення основного договору), застосовується правило, передбачене ст.530 ЦК щодо строку (терміну) виконання зобов'язання [2, с.40-41]. Але, ми схилиємося до того, що умова про строк (термін) укладення основного договору є істотною умовою попереднього договору.

Стосовно аналізу істотних умов основного договору, то вони одночасно є і істотними умовами попереднього договору, що є необхідними для даного виду договорів. Такий висновок ґрунтується на змісті ч.1 ст.635 ЦК, згідно з якою основний договір має бути укладеним на умовах, встановлених попереднім.

Також до змісту попереднього договору в будь-якому випадку повинна бути включена умова про предмет основного договору, який має бути укладений в майбутньому. Предмет договору дозволяє його певним чином індивідуалізувати, що дозволить пов'язати між собою попередній і основний договір, тобто стверджувати, що певний договір (основний) укладений саме у виконання попереднього договору, оскільки попередній договір не є необхідним елементом юридичного складу, який тягне правові наслідки, породжувані основним договором [3, с. 242].

Отже, щоб попередній договір вважався укладеним, сторони повинні досягти домовленості з наступних умов: умови про предмет попереднього договору, яка полягає у зазначенні сторонами того, який саме договір має бути укладений; умови про строк (термін) укладення такого договору; умови про предмет основного договору. Всі інші умови попереднього договору не вимагають їх узгодження для того, щоб такий договір вважався укладеним, в разі, коли жодна зі сторін на цьому не наполягає, та можуть бути віднесені до звичайних та випадкових умов.

Література:

1. Цивільний кодекс України // Відомості Верховної Ради України від 03.10.2003 №40.
2. Майданик Р.А., Бервено С.М. Поняття і зміст попереднього договору за цивільним законодавством України / Р.А. Майданик, С.М. Бервено // Бюлетень Міністерства юстиції України. –2005. –№ 10. – С.40-45.
3. Скакун Ю.Є. Зміст попереднього договору / Ю.Є. Скакун // Форум права. –2007. –№ 3. –С.241-244

*Петракії В. В.,
студент 45 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВИЙ СТАТУС АСОЦІАЦІЇ ФЕРМЕРІВ ТА ПРИВАТНИХ ЗЕМЛЕВЛАСНИКІВ УКРАЇНИ

Найбільше багатство України – це її земля. За природною родючістю ґрунти нашої держави посідають перше місце. Завдяки цьому Україна отримала статус «аграрної держави». Сільське господарство займає провідне місце серед галузей матеріального виробництва. Саме тому створення ефективного сільськогосподарського виробництва є одним з найважливіших завдань для держави. Серед основних форм господарювання особливе місце займає фермерське господарство.

У ст. 33 Закону України «Про фермерське господарство» від 19.06.2003 року №973-IV передбачається створення представницького органу фермерських господарств – Асоціації фермерів та приватних землевласників, з метою забезпечення прав і законних інтересів громадян України, які ведуть фермерське господарство, а також створення сприятливих умов для розвитку фермерських господарств.

Правовий статус Асоціації фермерів та приватних землевласників України (АФЗУ) врегульований Законом України «Про фермерське господарство» від 19.06.2003 року і Статутом Всеукраїнської громадської організації «Асоціації фермерів та приватних землевласників України» затвердженого 11. 02. 1992 року (Статут), Законом України «Про громадські об'єднання» від 22.03.2012 року.

Асоціація фермерів та приватних землевласників України була заснована у лютому 1991 року. Створенню об'єднання громадян спонукало невдоволення активістів фермерського руху відсутністю дієвих дій місцевих рад з реєстрації охочих створити фермерське господарство. Головною метою об'єднання проголошувалася допомога встановленню приватного сімейного сектора сільськогосподарського виробництва [2,с.73].

Відповідно до Статуту Всеукраїнська громадська організація «Асоціація фермерів та приватних землевласників України» є незалежним самоврядним громадським об'єднанням, яка на добровільних засадах об'єднує власників фермерських і особистих селянських господарств. Діяльність Асоціації поширюється на територію України. Асоціація може створювати нові відокремлені підрозділи як на території України, так і за її межами [3].

З метою виконання статутних завдань і цілей Асоціація наділена такими повноваженнями: 1) може здійснювати необхідну господарську та іншу комерційну діяльність шляхом створення госпрозрахункових установ і організацій зі статусом юридичної особи та заснування підприємств в установленому законодавством порядку затверджує статутні положення комерційних та інших структур, створених

при АФЗУ та здійснює контроль за їх діяльністю; 2) сприяє виділенню для потреб фермерських і особистих підсобних господарств лімітів і фондів, організації фінансово-кредитної допомоги; надає фіксованим членам Асоціації необхідну допомогу в розведенні кращих сортів рослин і порід тварин; 3) допомагає в організації матеріально-технічного забезпечення фермерських господарств, утворенні агросервісних, виробничих, збутових та інших кооперативів та асоціацій; 4) налагоджує зв'язки між відокремленими підрозділами Асоціації, сприяє забезпеченню їх інформацією про стан ринків збуту сільськогосподарської продукції, засобів виробництва, інших товарів і послуг; 5) сприяє впровадженню науково-технічного прогресу у фермерських господарствах; 6) організує вивчення фіксованими членами Асоціації ефективних методів ведення сільського господарства, допомагає в їх професійній підготовці [3].

Основою Асоціації є її відокремлені підрозділи (сільські, районні та обласні), які входять до неї, а також місцеві осередки Асоціації, які діяли зі статусом юридичної особи та зберігають за собою такий статус відповідно до Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про громадські об'єднання» від 22.03. 2012 року. Відповідно до Статуту Асоціації до структури керівних органів входять: 1. З'їзд Асоціації, 2. Рада Асоціації, 3. Генеральна дирекція. Вищим керівним органом Асоціації є З'їзд делегатів, що обираються на загальних зборах (конференціях) відокремлених підрозділів [3].

Щодо членства в Асоціації, то Статут передбачає таке поняття як фіксоване членство, тобто для вступу необхідно подати особисту заяву (зафіксувати факт вступу). Членами Асоціації визнаються громадяни України, які досягли 18 років, визнають статут, ведуть фермерське чи особисте селянське господарство, сплачують особисті членські внески. Станом на 10 серпня 2015 року зареєстровано 690 фіксованих членів. У тому числі у Полтавській області зареєстровано 2 члени Асоціації [4].

Асоціація може мати у власності кошти та інше майно, необхідне для здійснення своєї статутної діяльності.

Джерелами формування коштів Асоціації відповідно до Статуту є: 1) членські внески; 2) добровільні пожертвування від окремих осіб, підприємств, організацій, у тому числі з-за кордону; 3) кошти державного та місцевих бюджетів; 4) гранти, міжнародна технічна допомога; 5) інші надходження, що не суперечать Статуту організації та чинному законодавству [3].

Відповідно до плану надходжень членських внесків на 2015 рік було заплановано отримати 661207 грн, однак станом на 09 серпня 2015 року було сплачено 193040 грн, тобто план було виконано лише на 29, 20 % [4].

Статутом Асоціації передбачено право створювати такі фонди: 1) розвитку виробництва, науки і техніки; 2) резервний (страховий); 3) інноваційний; 4) інші фонди [3].

Припинення діяльності Асоціації може бути проведено шляхом реорганізації шляхом приєднання, саморозпуску або примусового розпуску: 1) реорганізація шляхом приєднання Асоціації здійснюється на підставі рішення З'їзду Асоціації; 2) саморозпуск Асоціації здійснюється на підставі рішення З'їзду; 3) примусовий розпуск Асоціації здійснюється за рішенням суду про заборону (примусовий розпуск) Асоціації [3].

Таким чином, проаналізувавши діяльність Асоціації фермерів та приватних землевласників України, можна дійти наступного висновку: Асоціація є незалежним

об'єднанням фермерів чи осіб, які ведуть особисте селянське господарство, яке має власні кошти, для здійснення своєї діяльності, діє на добровільних засадах, може створювати відокремлені підрозділи і місцеві осередки, метою діяльності якого є сприяння розвитку конкурентоспроможного укладу в аграрному секторі економіки, сприяння діяльності фермерського господарства, захисту інтересів своїх членів.

Література:

1. Про фермерське господарство: закон України від 19.06.2003 р. №973-IV// Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 45. – Ст. 363.

2. Участь асоціації фермерів у реформуванні аграрного сектора України (перша пол. 90-х рр. XX ст.) / К.І. Левчук // Наукові записки [Вінницького національного аграрного університету]. Сер. : Соціально-гуманітарні науки. – 2013. – Вип. 1. – С. 71-78.

3. Статут Всеукраїнської громадської організації «Асоціації фермерів України та приватних землевласників» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://farmer.co.ua/pages/?id=179>.

4. [Електронний ресурс].–Режим доступу: <http://farmer.co.ua/pages/?id=185>.

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

Петракії В. В.,

студент 45 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

СУБ'ЄКТИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКИХ ПОВНОВАЖЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Реалізація гарантовано Конституцією України права на здоров'я потребує створення відповідних умов для забезпечення цього немайнового блага. Перш за все постає необхідність системних цілісних досліджень повноважень суб'єктів господарського права, діяльність яких повинна забезпечувати право громадян на охорону здоров'я.

Під організаційно-господарськими повноваженнями органів влади щодо підприємницької діяльності розуміється діяльність держави в особі її органів та органів місцевого самоврядування, що спрямована на забезпечення публічних інтересів шляхом використання засобів впливу на господарські відносини.

Господарський кодекс України не містить визначення, що розуміти під суб'єктами організаційно – господарських повноважень. На думку В.М. Пашкова під суб'єктами організаційно-господарських повноважень потрібно розуміти осіб, які мають повноваження щодо організації господарської діяльності, управління іншими суб'єктами та / або контролю за їх діяльністю[4, с.122].

На думку О.П. Віхрова до суб'єктів організаційно-господарських повноважень не можуть бути віднесені органи державної влади чи місцевого самоврядування, які безпосередньо не здійснюють організаційно-господарських повноважень щодо суб'єктів господарювання (Верховна Рада України, Президент України) [2]. Інша точка зору з цього приводу у І. М. Кравець, яка, наприклад, вважає, що організаційно-господарські повноваження держави здійснюються Верховною радою України [3,с.78].

Найбільш суттєвими є ті суб'єкти, організаційно-господарські повноваження яких виникають на підставі закону: Кабінет Міністрів України, господарські міністерства/відомства тощо.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я організаційно-господарськими повноваженнями наділені Кабінет Міністрів України, міністерства та інші центральні органи виконавчої влади.

У статті 14 Основ законодавства про охорону здоров'я визначені наступні повноваження КМУ у сфері охорони здоров'я: організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ відповідно до покладених на нього повноважень: приймає рішення про реєстрацію або відмову в реєстрації лікарського засобу; затверджує показники якості й безпеки лікарських засобів, вимоги й умови проведення виробничого контролю щодо якості, досліджень доклінічного вивчення лікарських засобів та програми клінічних випробувань лікарських засобів; затверджує переліки посад молодших фахівців із фармацевтичним фахом у закладах охорони здоров'я, реєстр лікарських засобів; здійснює контроль за додержанням чинного законодавства при здійсненні професійної діяльності з медичної та фармацевтичної практики; веде державну фармакопею України; видає державну акредитацію фармацевтичним (аптечним) закладам та інше.

З прийняттям постанови КМУ від 10 вересня 2008 р. N 837 "Питання здійснення державного контролю якості лікарських засобів" було створено Державну службу України з лікарських засобів. Відповідно до Положення про Державну службу України з лікарських засобів основними завданнями Держлікслужби України є: ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами; здійснює державний контроль ввозу на митну територію України лікарських засобів; погоджує паспорти аптечних закладів (структурних підрозділів) в установленому законодавством порядку; проводить у встановленому законодавством порядку атестацію провізорів і фармацевтів; розробляє ліцензійні умови та видає суб'єктам господарювання ліцензії на виробництво лікарських засобів, імпорт лікарських засобів, оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами.

На місцевому чи територіальному рівні діють органи виконавчої влади загальної компетенції – місцеві державні адміністрації з органами спеціальної галузевої компетенції – департаментами (управліннями). Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації наділений такими повноваженнями у сфері охорони здоров'я: 1) забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я; 2) прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; 3) здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію; 4) організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; 5) забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження

навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Повноваженнями у сфері охорони здоров'я наділені органи місцевого самоврядування, які відповідно до ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні» здійснюють управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, молодіжними підлітковими закладами за місцем проживання, організують їх матеріально-технічне та фінансове забезпечення; організацію медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я.

Проаналізувавши вищезазначене можна дійти висновку, що суб'єкти організаційно-господарських повноважень як на державному, так і на місцевому рівні наділені досить широким колом повноважень у сфері охорони здоров'я.

Література:

1. Пашков В.М. Господарсько-правовий статус закладів охорони здоров'я / В.М. Пашков. -К: МОРІОН, 2008. – 148 с.
2. Віхров О. П. Організаційно-господарські правовідносини: автореф. дис. ...д-ра юрид. наук : 12.00.04 / О. П. Віхров. – Донецьк, 2009. – 35 с.
3. Кравець І. М. Правове становище суб'єктів організаційно-господарських зобов'язань / І. М. Кравець. – К. : Юрінком інтер, 2010. – 240 с.
4. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ...д-ра юрид. наук: 12.00.04/ В.М. Пашков. – Харків, 2010. – 482 с.

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.

Письменна І.А.,

студент 43 групи

ПІУІ НІУУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПЕРЕРОБКИ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ

Основним і єдиним джерелом крові та її компонентів є донори. Останнім часом попит на кров в лікувальних закладах зростає швидше за збільшення хворих, звідси виникає постійний дефіцит у консервованій крові і особливо у препаратах крові. А у сучасних реаліях, кров є стратегічним продуктом та показником безпеки держави, тому у багатьох розвинених країнах саме держава контролює систему служби крові.

В Україні немає Національного центру служби крові, немає збору інформації та можливості розподіляти кров. Проблемою є те, що в одних медичних закладах крові недостатньо, в інших її утилізують, і навпаки. Також, неврегульовані міжвідомчі відносини, що дозволяють оперативно передавати кров з одних бюджетних закладів іншим [2, с. 40].

Ці проблеми сприяють поширенню корупції в медицині та занепаду розвитку вітчизняної переробки компонентів крові, що призводить до зменшення задоволення потреб охорони здоров'я населення.

Нажаль, Міністерство охорони здоров'я не веде статистики потреби лікувальних закладів у компонентах крові. Облік кількості донорів ведеться відповідно до довідника "Діяльності закладів служби крові України". Як відомо, він не є офіційним документом, однак інших джерел інформації немає.

Відповідно до даного довідника Україна збільшила кількість крові на одного жителя до 10 мл, попри щорічне убування цифри заготівлі крові. Такі данні формуються на основі звітних форм № 39-здоров (Наказ МОЗ №523 від 07.10.2005 р.), які направляються в МОЗ з усіх станцій і відділень переливання крові.

Ці данні викликають сумніви у зв'язку з помітною тенденцією закриття виробничих відділів станцій переливання крові.

Надлишок не переробленої плазми закуповується у станцій переливання крові приватними підприємствами, що збільшує їх експортний ринок.

Посилаючись на те, що державні заклади охорони здоров'я не можуть в повному обсязі задовольнити потреби населення в переробці заготовленої плазми, приватні підприємства можуть отримувати спеціальний дозвіл на реалізацію за межі України донорської крові та її компонентів.

Однак, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів №1427 від 14.09.1998 р. компоненти донорської крові і препарати, виготовлені з донорської крові та її компонентів, можуть бути реалізовані за межі України лише за умови повного задоволення ними потреб охорони здоров'я населення України та Закону України «Про донорство крові та її компоненти» компоненти та препарати донорської крові дозволяється реалізовувати за межами України лише за умови повного забезпечення ними потреб охорони здоров'я населення України та наявності спеціального дозволу Кабінету Міністрів України.

Наказ МОЗ (№1093 від 17.12.2013), що подовжив термін зберігання свіжезамороженої плазми до трьох років, також не сприяє розвитку економічного потенціалу держави та заміні імпортних препаратів на вітчизняні.

Ще одні зміни в законодавстві, які на мою думку негативно вплинуть на рівень надання медичних послуг, це прийняття Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». В результаті переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини не підлягає ліцензуванню. Тепер можна заготовляти й переробляти донорську кров на плазму без ліцензії в будь-яких умовах.

Держава повинна контролювати ринок препаратів плазми та гарантувати відповідне медичне забезпечення. На жаль, сучасні реалії та наведені зміни у законодавстві позбавляють населення права на ефективне медичне обслуговування.

Нам необхідно гармонізувати національні стандарти заготівлі крові відповідно до світових, а тому є виправданою докорінна зміна системи служби крові.

Організаційно-правові засади створення державної системи банків крові відображено у проєкті Закону «Про державну систему банків крові України», що відображає основні завдання та організацію діяльності. Порядок заготівлі крові, її компонентів, відповідно до законопроекту, за власний рахунок донора здійснюють виключно установи державної системи банків крові. Також, передбачається обов'язкове особисте страхування донорського забезпечення, що поширюється

лише на активних донорів громадян України. Донорська кров та її компоненти можуть бути вивезені за межі України для одержання з них препаратів, які в Україні не виготовляються чи виготовляються в недостатній кількості, за умови необхідності цих препаратів для потреб системи охорони здоров'я держави і обов'язкового повернення їх в Україну або в обмін на нові технології виробництва препаратів з донорської крові в порядку, що встановлюється Кабінетом Міністрів України відповідно до міжнародних норм щодо експорту та імпорту крові [1, с. 196].

Отже, врахування зазначених пропозицій у законопроекті, що регулює діяльність системи банків крові, а також належний державний контроль за переробкою донорської крові сприятиме забезпеченню належного рівня потреб охорони здоров'я населення.

Література:

1. Азарський І.М. Організаційно-правові засади створення державної системи банків крові в Україні / І.М. Азарський // Університетські наукові записки. – 2005. – №3 – С. 195-200.

2. Назарчук Н.В., Перехрестенко П.М. Служба крові України: підсумки та завдання / Н.В. Назарчук, П.М. Перехрестенко // Український медичний часопис. – 2006. -№ 4 – С. 40-44.

Плющова А.І.,

студент 36 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ З НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

В силу диспозитивності норм цивільного законодавства особи можуть укласти договір про платне надання медичних послуг, який виступає підставою виникнення цивільних правовідносин з платного надання медичних послуг. Однак безпосередньо це питання Цивільний кодекс України (далі – ЦК України) не врегулює. В ньому містяться лише загальні положення про послуги. Згідно ЦК України до всіх відносин, які склалися між особою, що надає платні медичні послуги, та громадянином, безпосередньо пацієнтом, застосовуються норми Закону України «Про захист прав споживачів» й інші нормативно-правові акти, які прийняті у відповідності до нього. Однак і дані норми не містять чіткого відображення специфіки відносин щодо надання платних медичних послуг.

Окремі аспекти даного питання досліджували такі науковці як Васильєва О.Є., Зайцева Н.В., Жамкова О.Є., Сироткіна А.О., Шевчук С.С., Нагорна С.В., Шешенін Є.Д., Кабалкін О.Ю., Йоффе О.С., Смотров О.І. та інші. Проте на даний час відсутнє комплексне дослідження цієї тематики.

Договір про надання медичних послуг є підставою виникнення цивільних правовідносин з платного надання медичних послуг, на які поширюються загальні положення цивільного права про правочин та договір. У гл. 63 ЦКУ визначено загальні положення про послуги, які в свою чергу можуть застосовуватися до всіх договорів на надання послуг, якщо це не суперечить самій суті зобов'язання [2]. Договір є оплатним, двостороннім правочином з надання медичних послуг та консенсуальним [1].

Основним обов'язком послугодавця є обов'язок особисто надати медичні послуги (вчинити дії чи здійснити діяльність) за відповідно до сучасних досягнень

медичної науки, якщо сторони своєю угодою прямо не зазначили власний стандарт, якому повинні відповідати послуги. Основним обов'язком послугоотримувача є оплата медичних послуг і обов'язок виконувати всі вимоги послугодавця, що забезпечують якісне надання медичних послуг, включаючи повідомлення для цього необхідних відомостей [3, с. 13].

Вказаний договір може бути віднесений до категорії публічних договорів, наприклад, послугодавцям неможливо визначати умови договору за своїм розсудом для лише окремих замовників, надавати перевагу окремим замовникам і т.п.)

Законодавством не визначено в якій формі має укладатися цей договір. Практика свідчить, що вона може бути як письмовою, так і усною. Зараз при укладанні договорів про надання платних медичних послуг у більшості випадків пацієнтові (замовникові) пропонують підписати вже готову форму. По суті, йдеться про договір приєднання, що передбачений статтею 634 ЦК України.

Потрібно зауважити, що, на думку І.В. Венедиктової, досить важливою проблемою в захисті прав пацієнтів та регулюванні надання медичних послуг стає питання якості наданих даних послуг. Якість послуг потрібно оцінювати за чітко визначеними критеріями: відкрита і повна інформація, відповідність стандартам, доступність і корисність послуг, можливість вибору; право на оскарження за умови їх неякісності, ефективне використання ресурсів, повага до прав громадян, введення інновацій, зворотній зв'язок з населенням, сумісна робота з провайдерами послуг, ступінь задоволення споживачів наданими послугами [2]. З огляду на викладене, медична послуга, саме як предмет договору з надання медичних послуг є складним об'єктом. Вона, як і інші послуги, є предметом реалізації, та має певний купівельний грошовий ризик, та ризик фізичний.

Ця послуга має наступні відмінні риси: а) діяльність (дії) медичного характеру послугодавця завжди спрямовані на особливе благо фізичної особи – здоров'я; б) медична послуга як очікуваний «корисний» результат діяльності послугодавця не може бути цілком гарантована з боку останнього; в) медична послуга не підлягає цілком стандартизації, тому що характер самих дій суб'єкта надання медичної послуги може істотно відрізнятись в залежності від безлічі різних факторів, які не можна цілком передбачити; г) до медичної послуги з боку держави висуваються підвищені вимоги шляхом пред'явлення певних вимог до суб'єкта їх надання [3, с. 9].

Таким чином, за договором про надання медичних послуг одна сторона (лікар, медична організація) зобов'язується надати, а інша сторона (пацієнт) зобов'язується прийняти й оплатити оплатні послуги, які відповідно до умов договору мають бути спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнта. Тому враховуючи особливість даних правовідносин, можна визначити такі ознаки договору –

Вважаємо, що наразі відсутня необхідність створювати самостійну правову конструкцію договору про надання цього виду послуг в ЦК України. Загальні положення, які застосовуються для регулювання цього договору містяться в ЦК, а особливості договору про надання платних медичних послуг мають міститися в спеціальному законодавстві (це можуть бути правила надання медичних послуг, або ж майбутній Медичний кодекс України, доцільність прийняття якого зараз є предметом численних дискусій).

Література:

1. Майданик Р.А. Договір про надання медичних послуг. // Медичне право. – № 5(1). – 2010. – С. 52-66.
2. Венедиктова І.В. Публічні услуги в медичній сфері. Медичне право. – № 3(1). -2009. -С. 7-14.
3. Смотров О.І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг: автореф. дис. к.ю.н.. Національний університет внутрішніх справ. –Х., 2003 – 17 с.
Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Погорелкіна А.С.,

студент 34 група

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДА В УКРАЇНІ

Сьогодні проблема діагностики та лікування безпліддя в Україні залишається досить актуальною, попри суттєві успіхи у репродуктивній медицині. Це пояснюється не тільки недостатньою поінформованістю населення про ефективність лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, дефіцитом матеріалів у засобах масової інформації, некомпетентністю і поганою досвідченістю лікарів, а й безпосередньо фінансовими труднощами [1, с. 46].

За даними офіційної статистики в Україні частота безпліддя серед жінок становить 3-3.5 на 1000, а серед чоловіків – 0.3-0.4, але в різних регіонах України цей показник збільшується від 8-20% сімей, у яких наявна проблема безпліддя. З огляду на це, дану проблему необхідно в першу чергу досліджувати не тільки на основі медичного критерію, а й правового.

Питанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) займалися такі науковці як Т. Дробишевська, О. Лукашева, Г. Романовський, К. Світнев, Р. Стефанчук, С. Стеценко, Н. Хараджа, Н. Аблятіпова та інші. Вони в своїх наукових працях розглядали ДРТ в аспекті репродуктивних прав, їхньому правовому закріпленню та гарантіях їх здійснення.

З 01.11.2013р. набрав чинності Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013р. № 787 «Про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», який скасував діючий до цього наказ МОЗ України від 23 грудня 2008 року № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій».

У Наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09.09.2013 № 787, дано визначення поняття допоміжних репродуктивних технологій, а саме відповідно до п. 1.2. Загальних положень: допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) – методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах *in vitro* (техніка виконання експерименту чи інших маніпуляцій у спеціальному лабораторному посуді або у контрольованому середовищі поза живим організмом).

Якщо порівнювати Наказ 2008 року та 2013 року, то революційних змін у сфері допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) не відбулося. Як і раніше, ДРТ застосовуються в закладах охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження

господарської діяльності з медичної практики та пройшли акредитацію, але згідно з Наказом № 787 заклад охорони здоров'я повинен мати відповідний набір приміщень, оснащення та обладнання, рекомендований перелік якого міститься у додатку 1 до Наказу № 787. Також новизною цього Наказу стало зазначення детальних алгоритмів для застосування тієї чи іншої програми ДРТ. На додачу, для кожного методу встановили необхідний перелік документів, які мають надавати учасники програм. На думку законодавців це полегшить роботу у сфері охорони здоров'я [2, с. 15-17].

Відсьогодні при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій учасники цього процесу, а саме відповідні медичні установи чи пацієнти переважно будуть керуватися вимогами Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я», Цивільного кодексу України, Сімейного кодексу України та Наказом МОЗ України від 09.09.2013 № 787.

У Цивільному Кодексі, а саме у ч. 7 ст. 281 закріплено репродуктивне право на проведення таких технологій: повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством.

Також допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) регулюються Сімейним кодексом України у статті 123, де зазначено визначення походження дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Згідно з Законом України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» відповідно до статті 48: застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці [3, с. 189].

Розглядаючи досвід інших держав, можна зазначити, що у Вірменії репродуктивні права людини закріплені у статті 4 Закону «Про репродуктивне здоров'я і репродуктивні права людини», а також у статті 11 зазначено перелік допоміжних репродуктивних технологій.

Щодо республіки Казахстану, то гарантії забезпечення репродуктивними правами закріплені в Законі «Про репродуктивні права громадян і гарантії їх здійснення». Наприклад, такою гарантією, зокрема, є стаття 10 цього Закону, яка передбачає право громадян на вільний репродуктивний вибір, тобто вільне прийняття рішення щодо кількості дітей і часу їх народження, у шлюбі чи поза шлюбом [4, с. 132].

Враховуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що в Україні необхідно удосконалити правове закріплення допоміжних репродуктивних технологій.

Наразі теперішній стан репродуктивної медицини потребує створення спеціального окремого закону, який би в повному обсязі регламентував діяльність відносно застосування методик ДРТ. Але, окрім цього, необхідно внести корективи у пункт 1.4. Наказу «Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», а саме наявність дозволу використовувати в закладах охорони здоров'я, що мають відповідну ліцензію, різних методів ДРТ до початку проходження акредитації. Також необхідно в цьому ж пункті зазначити про можливість акредитації закладів охорони здоров'я не через два роки, а відразу після оголошення закладом підтвердження про здійснення діяльності у відповідній сфері та

надання медичних послуг з подальшим проходженням акредитації з періодичністю встановленою у законодавстві.

Література:

1. Юзько О. М., Руденко Н. Г. Стан та перспективи розвитку допоміжних репродуктивних технологій лікування безпліддя в Україні / О. М. Юзько, Н. Г. Руденко // Репродуктивна медицина. – 2012. – № 2. – С. 46-49.

2. Марченко Ю. Новий порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні / Ю. Марченко // Практика управління медичним закладом. – 2014. - № 1. – С. 14-19.

3. Головащук А. П. Правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій / А. П. Головащук // Часопис Київського університету права, 2013. т.№ 2. – С. 189-191.

4. Вонсович Х. І. Допоміжні репродуктивні технології та їх вплив на еволюцію інституту шлюбу та сім'ї / Х. І. Вонсович // Порівняльно-аналітичне право. – 2013. – № 2. – С. 130 -133.

Науковий керівник – ас. Г. Г. Гриценко.

Подолькіна Я.В.,

студент 35 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРЕДСТАВНИЦТВО ЗА МЕДИЧНОЮ ДОВІРЕНІСТЮ

Актуальність питання про правову природу видах медичних довіреностей як специфічної форми представництва та її місце в загальній цивільно-правовій системі України зумовлена тим, що поняття медичної довіреності не знайшло відображення в законодавстві нашої країни. Постає питання щодо тих пацієнтів, які не можуть дати згоду чи відмову через певні фактори, зокрема, фізичну чи психічну нездатність до прийняття рішень, саме тому необхідним на законодавчому рівні є врегулювання представництва за медичною довіреністю.

Згода пацієнта на будь-яке втручання у сферу здоров'я має вирішальне значення в медичній галузі. Загальне правило стосовно правомірності медичного втручання сформульоване у ст. 5 Конвенції «Про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини» 1997 р.: «Будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи».

Відносини представництва і довіреності регулюються в Україні загальними положеннями глави 17 Цивільного кодексу України[2]. На жаль, в Україні не існує правового підґрунтя, яке врегулювало би питання медичної довіреності. У зв'язку з відсутністю такого законодавства – постає проблема в складанні попередніх розпоряджень, які не вважатимуться юридично зобов'язуючими, або такими, що мають серйозні правові наслідки. Не вносить ясності у цій сфері і проект Закону «Про захист прав пацієнтів» від 6 грудня 2007 р. №1132 [3], за яким вводиться нова для українського законодавства норма стосовно представництва пацієнта за дорученням. Дана норма залишається декларативною і через відсутність правових механізмів необхідних для її реалізацію може взагалі не знайти свого реального втілення.

Представництво за медичною довіреністю має особливі ознаки. Характерною ознакою договору про представництво пацієнта є його суб'єктний склад – на від-

міну від інших договорів про добровільне представництво та з огляду на специфіку предмета договору його сторонами можуть бути тільки фізичні особи.

Щодо юридичної кваліфікації договору про представництво пацієнта та його суб'єктного складу, у цілому можна сказати, що інститут довіреної особи пацієнта (HealthCareSurrogate/Proxy/Agent), яким він є в англо-американській правовій традиції, не дуже вдало вписується в українську цивілістичну парадигму. Зокрема, за нормою ч. 2 ст. 237 ЦКУ не є представником особа, яка хоч і діє в чужих інтересах, але від власного імені. Тому, вважаю з метою впровадження представництва за медичною довіреністю в українське цивільне право необхідно ініціювати певні концептуальні зміни [4, с.126].

Щодо оформлення домовленості сторін, то договір про представництво пацієнта може укладатися як у письмовій, так і в усній формі, як на визначений, так і на невизначений строк. Якщо договір укладено в усній формі, то повноваження повіреного мають бути підтверджені видачею довіреності. На відміну від доручення конструкція договору про представництво пацієнта передбачає презумпцію безоплатності.

Головною особливістю договору про представництво пацієнта є те, що його можна віднести до умовних правочинів (ст. 212 ЦКУ), укладених під відкладальною обставиною, з настанням якої пов'язується виникнення прав та обов'язків за договором. Такою відкладальною умовою є настання нездатності пацієнта повідомити про свій вибір щодо методів лікування та догляду. У зв'язку з нездатністю пацієнта до волевиявлення щодо форм і способів медичного втручання, які можуть бути застосовані до нього, за довіреністю представнику надаються деякі спеціальні повноваження: право обирати медичний заклад та лікарів, знайомитися із медичними документами, право вимагати певні методи лікування та догляду, давати згоду на застосування медичних процедур та інше. Відповідно довірена особа втрачає свої повноваження, якщо здатність пацієнта приймати рішення відновлюється.

Отже, медична довіреність, як специфічна форма представництва є ефективним засобом реалізації фундаментальних прав пацієнта, а також може бути життєво важливою у багатьох ситуаціях. Вважаю за доцільне на законодавчому рівні запровадити типову форму такої довіреності, положення які б закріпили порядок укладання, особливості суб'єктів, строки, процедуру прийняття медичних рішень, а також відповідальність за медичною довіреністю та впровадити правовий механізм його функціонування поряд із звичайним представництвом.

Література:

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 №254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України, № 30, ст. 141.

2. Цивільний кодекс України // Відомості Верховної Ради України від 03.10.2003 №40.

3. Закон України «Про захист прав пацієнтів»// Відомості Верховної Ради України від 06.12.2007 р. №1132 – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=1132&skl=7

4. Миронова Г. Представництво пацієнта за довіреністю: цивільно-правова характеристика правочинів / Г. Миронова // Проблеми цивільного права. – Вісник №3(66). – с.117-128.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г. Г.

*Потанова А.В.,
студент 41 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

На сьогодні та система охорони здоров'я яка склалась в Україні потребує радикальних змін та переосмислення. Виходячи к практики будь-якої країни система охорони здоров'я має відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. Проте вона має враховувати особливості стану здоров'я населення та його захворюваність.

Дослідженням даного питання займалися З. Гладун, Р. Гревцова, Д. Карамішев, О. Мусій, В. Пашков, Я. Радиш та ін.

Відповідно до ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Всі вони, за винятком санаторіїв, профілакторіїв, будинків відпочинку та інших санаторно-оздоровчих закладів, розміщені в населених пунктах, тобто в місцях проживання людей, для забезпечення можливості надання їм безпосередньої медичної допомоги і проведення відповідних оздоровчих заходів. Усі вони шляхом підпорядкування включені в єдину мережу закладів охорони здоров'я.

Зараз в Україні просліджується тенденція зростання смертності яке спровоковане відповідними соціально-економічними подіями які відбуваються в світі, проте особлива увага прикута саме до системи охорони здоров'я, яка вимагає істотного реформування і створення концептуально нової системи охорони громадського здоров'я. Щорічні звіти про вивчення людського розвитку в Україні за Програмою ООН свідчать про зниження рівня здоров'я населення країни. Зафіксована висока смертність серед всіх груп населення, в тому числі і дитячого, підвищення захворюваності, особливо на соціально небезпечні інфекційні хвороби. Всі ці чинники зумовили необхідність перегляду діючої системи охорони здоров'я

Однією з проблем є відсутність нормального функціонування та фінансування закладів охорони здоров'я. Науковці пропонують, що багатопрофільні поліклініки при центральних районних і міських лікарнях мають бути ліквідовані. Самі ж лікарні мають набути автономності в адміністративній діяльності та розподілі свого фінансування, а це призведе до можливості залучення коштів з різних джерел, а також наявності власних банківських рахунків. Наразі заклади охорони здоров'я в Україні є дуже залежними від держави, яка чітко регламентує, ставки медпрацівників та вартість утримання пацієнта. Автономність управління в лікарнях дасть можливість запобігти ситуаціям з надлишком чи дефіцитом лікарів, а відтак, кількість медичних працівників та їх спеціалізація будуть приведені до реальних потреб на місцях.

Уже загальновизнаним напрямком якісного реформування медицини є запровадження багатоканального фінансування, яке дозволить вирішити багато економічних, організаційних, кадрових та технологічних проблем охорони здоров'я. Як варіанти залучення додаткових коштів розглядаються: перспективи введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування та поширення практики діяльності "лікарняних кас. На сьогодні, У Міністерстві охорони здоров'я відбулася перша зустріч експертів Стратегічної дорадчої групи з питань реформування сис-

теми охорони здоров'я. Група працюватиме над підготовкою Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 роки.

Створення цієї групи – це надзвичайно прогресивний крок, кардинальна зміна стандартів і підходів МОЗ до організації роботи. Як зазначає экс-міністр Мусій О.С. це надасть змогу перейти від адміністративного, примусового режиму регулювання даних відносин, до максимального врахування позиції громадськості та професійної спільноти під час підготовки визначальних для держави документів. На його думку, запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування дозволить перейти до бюджетно-страхової моделі, акумулювати фінанси у цільовому медичному фонді, збільшити видатки на медицину, легалізувати тіньовий обіг коштів. Звісно, передумовою впровадження медичного страхування має бути зменшення існуючого загального податкового навантаження.

Отже, проаналізувавши сучасний напрямок реформування системи охорони здоров'я, можна зробити висновок, що держава йде правильним шляхом здійснюючі відповідні перетворення. Але на нашу думку цього замало аби досягти того стану прав людини і громадянина, при якому будь-яка особа мала б змогу звернутися до лікувального закладу і отримати високоякісну допомогу. Поки ми не переосмислимо ті принципи на яких має будуватися охорона здоров'я в демократичному суспільстві, не подолаємо ті масштаби корупції які існують та не будемо ставити комерційні інтереси вище загальнолюдських ні про яку зміну існуючої системи йти не може.

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

Предибайло А.І.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХИСТУ ЕКОЛОГІЧНИХ ПРАВ ГРОМАДЯН

Важливим фактором для розвитку екологічного права стало визнання і закріплення на законодавчому рівні екологічних прав громадян України. Як влучно зазначає О.С. Заржицький, основним пріоритетом для держави є гарантування екологічної безпеки і захист екологічних прав людини, задля забезпечення найважливіших соціальних цінностей – життя і здоров'я людини [1, с.7].

Уперше, проблематика врегулювання екологічних прав була окреслена в Декларатії Стокгольмської конференції ООН із навколишнього середовища 1972 р., де визначено право кожної людини на сприятливі умови життя в навколишньому середовищі. Так, принцип 1 розділу II «Декларатія принципів» проголошує: «людина має основне право на свободу, рівність і сприятливі умови життя в навколишньому середовищі, якість якого дозволяє вести гідне і процвітаюче життя» [2]. Тому можна зробити висновок, що такий вид права в даному випадку прирівнюється до фундаментальних прав людини на міжнародному рівні, що в подальшому стало поштовхом для закріплення відповідних положень в національному законодавстві.

Вагомим кроком для України у сфері правової регламентації екологічних прав людини і громадянина стало прийняття Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» [3, Ст. 546]. Так, вказаний Закон у ст. 9 закріплює право громадян на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище. Також у ньому закріплюється гарантування реалізації екологічних прав грома-

дя, що полягає у поновленні при їх порушенні, а їх захист здійснюється в судовому порядку відповідно до законодавства України (ст. 11).

Надалі, наступним етапом стало закріплення в ст.50 Конституції України, право людини і громадянина на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Проголошення у нормах Основного Закону екологічних прав громадян окреслило пріоритетне завдання на конституційному рівні, а саме – формування безпечного довкілля задля достатнього рівня забезпеченості життя людини та її здоров'я.

Щодо вищезазначених положень, то В. Бондаренко наголошує на існуванні суперечності у визначенні об'єкта правового регулювання у сфері забезпечення прав людини, що має місце між поняттями, які визначено в Конституції України та Законі України «Про охорону навколишнього природного середовища». Зокрема, у Конституції йдеться про довкілля, а в законі передбачено права на навколишнє природне середовище [4, с.290]. Було б доречно вдосконалити ці приписи шляхом встановлення узгодженого об'єкта правового регулювання.

Окрім цього, доцільно звернути увагу на питання, пов'язані із застосуванням способів захисту вищезазначеного права. Для захисту екологічних прав громадян існують гарантії, передбачені у ст. 11 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища», норми якої закріплюють можливість поновлення порушених прав у суді. Доповненням до вищезазначеного положення є закріплення в ст. 16 Цивільного кодексу України [5, Ст. 356] переліку способів захисту цивільних прав та інтересів, а також встановлення ст. 9 можливості застосування положень даного кодексу до врегулювання відносин, які виникають у сфері використання природних ресурсів та охорони довкілля, якщо вони не врегульовані іншими актами законодавства.

Так, Л. Калишук, вважає, що закріплення сукупності способів захисту екологічних прав в якості системи надасть змогу розкрити сутність і відмінні ознаки такої системи та, в кінцевому результаті, сприятиме їх ефективному захисту [6, с. 61]. Як варіант, А.Г. Ярема пропонує поширити положення ст. 275 ЦКУ на всі цивільні та інші правовідносини і зокрема, доповнити ст. 16 ЦКУ можливістю захисту права способами, які, хоч і не передбачені законами, але відповідають змісту порушеного права, способу його порушення та наслідкам, спричиненим порушення [7, с.198]. Погоджуючись із думками науковців, можна зазначити, що було б доцільно систематизувати наявні способи захисту екологічних прав, задля можливості в майбутньому обирати необхідний спосіб захисту в конкретному випадку.

Отже, на підставі вищенаведеного можна зробити висновок, що хоча права людини і громадянина на безпечне для життя і здоров'я довкілля на конституційному та законодавчому рівнях закріплено, проте досі залишається відкритим питання вироблення механізму його реалізації, який належно втілюється на практиці. До того ж, варто узагальнити систему заходів захисту екологічних прав людини і громадянина для більш ефективного використання в різних ситуаціях.

Література:

1. Заржицький О.С. Актуальні проблеми правового забезпечення екологічної політики України (теоретичні аспекти): монографія / О.С.Заржицький. – Д.: НГУ, 2012. – 200с.

2. Стокгольмська Декларація (Щодо питань навколишнього середовища) від 16 червня 1972 р. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/en/995_454.

3. Про охорону навколишнього природного середовища: закон України від 25 червня 1991 р. № 1264-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1991. – № 41. – Ст. 546.

4. Бондаренко В. Історико-правовий аспект нормативного закріплення та розвитку права громадян на екологічно безпечне навколишнє середовище // Публічне право. – 2013. – № 3. – С. 286-294.

5. Цивільний кодекс України // Відом. Верхов. Ради України. – 2003. – №№ 40-44. – Ст.356.

6. Калишук Л. Проблематика формування системи еколого-правових способів захисту порушених прав // Юридичний вісник. – №2. – 2013. – С.60-65.

7. Ярема А.Г. Право особи на ефективні засоби судового захисту цивільних прав та інтересів // Ученые записки Таврического национального университета. Т. 20 (59). № 1 Юридические науки. – 2007. – С. 195-202.

Науковий керівник: к.ю.н., доц. Троцька М. В.

Проскурня А.О.,

студент 3 курсу

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ДЖЕРЕЛО ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ

Особливість сучасного часу – це досить швидкий розвиток медичної науки й техніки, впровадження цих досягнень у практику. Науково-технічний прогрес саме у медицині розширив можливості здійснення діагностики та певних лікувальних методів, у зв'язку із чим стало можливим втручання лікарів в життєві процеси організму людини, причому для самого організму зовсім не байдужі. Запровадження до клінічної практики нових методів діагностики і лікування, які раніше були неможливими, створило ряд нових відповідних ускладнень, що в свою чергу по-різному впливають на перебіг захворювання, та в результаті може призвести смерть хворого. Відповідно до чинного законодавства відносини із відшкодування шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю, регулюються окремою главою Цивільного кодексу України, а саме гл. 82.

Дане питання досліджували такі науковці та вчені, як С.В. Антонов, О.В. Крилова, Т.В. Волинець, С.В. Михайлова, В.О. Савченко, С.Г. Стеценко та інші.

У медичній діяльності досить широко використовуються технології, прилади та речовини які, з точки зору цивільного права, можна віднести до джерела підвищеної небезпеки, оскільки можуть заподіяти інколи більше шкоди, ніж сама хвороба пацієнта. Заподіяна шкода лікарськими засобами, а саме сильнодіючими (кокаїн, морфій, і т.ін.), рентгенівськими променями, новими медичними технологіями при здійсненні медичних експериментів, променями лазера – у відповідності до ст. 1187 ЦК України, відшкодовується незалежно від вини. Відповідальність, що передбачена статтею 1187 ЦК України, є так званою відповідальністю, “при якій не має вини” або ж відповідальністю «за певний випадок», тобто за випадково заподіяну шкоду. Медична діяльність є досить багатоманітна при цьому й неоднорідна та не може бути віднесена до джерел підвищеної небезпеки, при цьому деякі окремі методи та способи лікування відносяться до останніх. Наслідки, які можуть бути при вчиненні медичної діяльності не можуть передбачатися а є так званим випадком. Враховуючи

це, випадкова шкода може виникати у будь-якій діяльності. Як вважає В. Т. Смирнова та А. А. Собчак, при завданні випадкової шкоди при певному збігові обставин (тобто вони є неповторюваними), коли правопорушник не передбачав та не міг передбачити настання шкоди та тих обставин які спонукали, то в даному випадку випадкову шкоду має відшкодувати той, в чий майновій сфері вона відбувалась.

В тому разі, якщо випадкова шкода має передбачуваний характер, який повторюється, то можливе існування абстрактного передбачення, що настане випадкова шкода, тому вже існує можливість запобігти настанню несприятливих наслідків у майбутньому. Понесення відповідальності за шкоду, яка виникла випадково має спонукати і як того хто заподіює шкоду, так і інших осіб, які здійснюють таку ж аналогічну діяльність, які в свою чергу мають застосовувати певні додаткові заходи, що спрямовані на запобігання виникнення випадкової шкоди. Прикладом може бути така процедура, як, при введенні ін'єкцій лікарських речовин пацієнтам. Так, введенню антибіотиків передує обов'язкова під'язикова проба чи проба на шкірі на індивідуальну чутливість до конкретної лікарської речовини. Для того, щоб уникнути ускладнень при прийманні лікарських засобів, їх рекомендують вживати паралельно з препаратами які б зменшували негативний вплив на організм пацієнтів від основних лікарських засобів, наприклад, антибіотики деколи приймають з антигістамінними препаратами. Відповідальність у даних випадках має наставати як у заподіювача так і у інших осіб, які здійснюють таку ж діяльність, при цьому мають застосовувати всі можливі заходи для запобігання шкоди. Можлива також і так звана небезпечна підвищена діяльність – яка визначається, як правомірна діяльність, результати якої можуть нести шкідливі та небажані результати, які є більш всього випадками чим правилами. Діяльність, що створює підвищену небезпеку для пацієнтів, характеризується тим, що має в собі ризик випадкового заподіяння та нерерованість.

Медична діяльність, яка не має певного доступу до органу, який є паталогічним створює додаткову травматизацію, та може супроводжуватися певними побічними ефектами. Тому, здійснюючи медичну діяльність настає певний ризик настання наслідків, які є досить несприятливими для життя та здоров'я пацієнтів, вказане є підставою для того, щоб деякі науковці стверджували, що медична допомога є шкідливою.

З вказаними позиціями науковців слід погодитись, оскільки запропоновані ними визначення поняття джерела підвищеної небезпеки в медичній сфері видаються раціональними та такими, що можуть бути впроваджені до понятійного апарату цивільного законодавства. Крім того, медична діяльність як джерело підвищеної небезпеки в цивільному праві не має ґрунтовної теоретичної бази, що певним чином гальмує розвиток законодавства у даному напрямі..

З огляду на викладене, потрібно зазначити, що ймовірне завдання шкоди пацієнту може бути як одноразовою дією так і повторюватись при здійсненні декількох медичних заходів. Однак для самого пацієнта не має значення чи заподіяно йому шкоду якоюсь одноразовою дією чи джерелом підвищеної небезпеки, оскільки навіть певна одноразова лікарська діяльність може бути в рази шкідливішою ніж тривале здійснення діяльності джерелом підвищеної небезпеки. Тому потрібно проводити чітке розмежування між медичною діяльністю в цілому, яка не має шкідливого впливу на особу та окремими її видами та конкретними діями суб'єктів медичної

діяльності, які можуть у певних випадках бути віднесені до джерела підвищеної небезпеки.

Практика та досвід останніх років показує, що у сфері зобов'язань, що витікають із заподіяння шкоди джерелом підвищеної небезпеки саме у сфері медичної практики, залишаються проблеми, які чекають свого дослідження та вирішення. Перш за все, це пов'язано з відсутністю визначення поняття як такого на законодавчому рівні – “джерела підвищеної небезпеки при здійсненні медичної діяльності”, яке обов'язково має знайти своє закріплення у законодавстві. Окрім того, важливе подальше формування теоретичного базису для подальшого розширення меж поняття джерела підвищеної небезпеки.

Література:

1. Шиян О. До питання встановлення вини у справах з відшкодування шкоди, заданої джерелами підвищеної небезпеки./ О. Шиян.// Право України.-2010.- №6.- С.208-212;

2. Антонов С.В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг./Антонов Сергій Володимирович Автореф. К.ю.н. по спеціальності 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право Київ, 2006. – 20с.

3. С.Б. Булеца Місце джерела підвищеної небезпеки при здійсненні медичної діяльності /Адвокат (Наука і право). – 2012. – №3.- С.19-23.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г. Г.

Проценко Ю.І.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РУБКИ ЛІСІВ

Екологічні проблеми сучасності у своїй більшості зумовлені негативним впливом людини на навколишнє природне середовище, оскільки у необмеженій кількості використовуються природні ресурси та викидаються відходи, що безумовно має помітні наслідки – у всьому світі майже не залишилося непорушених природних екосистем. Це також проявляється внаслідок негативного впливу людини на ліси.

Відповідно до ст. 1 Лісового кодексу України [1, Ст. 99]: ліс – тип природних комплексів, у якому поєднуються переважно деревна та чагарникова рослинність з відповідними ґрунтами, трав'яною рослинністю, тваринним світом, мікроорганізмами та іншими природними компонентами, що взаємопов'язані у своєму розвитку, впливають один на одного і на навколишнє природне середовище. За ч. 2 ст. 1 цього Кодексу: ліси України є її національним багатством і за своїм призначенням та місцезонаштуванням виконують переважно водоохоронні, захисні, санітарно-гігієнічні, оздоровчі, рекреаційні, естетичні, виховні, інші функції та є джерелом для задоволення потреб суспільства в лісових ресурсах.

Вирубка лісів – це процес знищення дерев, ліан або чагарників. В основному виробляється в цілях отримання великої кількості деревини, а в деяких випадках – для відновлення та оздоровлення лісу, а також для підвищення його продуктивності. Безконтрольна вирубка лісу стає частою причиною збелісення, тобто процесу поступового перетворення території, зайнятої лісовим масивом, в такі земельні угіддя, як пустки або пасовища [5, с. 12].

У ст. 1 Закону України «Про мораторій на проведення суцільних рубок на гірських схилах в ялицево-букових лісах Карпатського регіону» [4, Ст. 99] зазначено такі види рубки: вибіркові рубки – рубки, під час яких періодично вирубується частина дерев перестійного і стиглого віку; поступові рубки – рубки, під час яких передбачається вирубка деревостану за кілька прийомів; вузьколісосічні рубки – рубки, під час яких на вузьких лісосіках (завширшки до 50 метрів) вирубується весь деревостан за винятком насінників, життєздатного підросту і молодняка, цінних і рідкісних видів дерев та чагарників, що підлягають збереженню.

У свою чергу, згідно зі розд. II Концепції реформування та розвитку лісового господарства [5, Ст. 1207]: основними причинами виникнення проблем є: недосконалість фінансово-економічного механізму розвитку лісового господарства та податкової бази, яка не враховує довгостроковості у вирощуванні лісу; багатовідомча система управління лісами; недоцільне поєднання лісгосподарськими підприємствами функцій з ведення лісового господарства та переробки деревини; відсутність економічного механізму стимулювання запровадження природозберігаючих технологій або їх елементів; значний обсяг незаконних рубок, недосконалий перерозподіл земель лісового фонду; зростання техногенного навантаження на лісові екосистеми.

Повноваження з охорони та відтворення лісів зазначені у розд. I Закону України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» [2, Ст. 218]: покладені на центральні та місцеві органи виконавчої влади, що призводить до їх дублювання та неефективного використання бюджетних коштів. Система управління в галузі охорони та відтворення лісів не повністю забезпечує багатоцільове, безперервне і невиснажливе використання ресурсів та лісових екосистем.

Оскільки суть контролю полягає у дотриманні законодавства, то для уникнення дублювання повноважень зазначених органів варто здійснити реформування зазначеної системи та таким чином потрібно покращити функціонування сфери охорони лісів.

Також у цьому розділі вказано щодо охорони лісів, що Україна за площею лісів та запасами деревини визнана країною з дефіцитом лісових ресурсів.

Для зменшення кількості вирубування цінних та рідкісних порід дерев, у ст.2 Закону України «Про особливості державного регулювання діяльності суб'єктів підприємницької діяльності, пов'язаної з реалізацією та експортом лісоматеріалів» [3, Ст. 34] передбачено, по-перше, заборону на вивезення за межі території України лісоматеріалів та пиломатеріалів цінних та рідкісних порід дерев (акація, берека, вишня, груша, горіх, каштан, тис ягідний, черешня, явір, ялівець (ст. 1 зазначеного вище Закону)).

По-друге, у ст. 2-1 встановлена тимчасова заборона на 10 років щодо експорту лісоматеріалів у необробленому вигляді: деревних порід, крім сосни, – з 1 листопада 2015 року; деревних порід сосни – з 1 січня 2017 року. Лісоматеріали необроблені – лісоматеріали згідно з кодом 4403 групи 44 розділу IX Української класифікації товарів зовнішньоекономічної діяльності (ст. 1 Закону України «Про особливості державного регулювання діяльності суб'єктів підприємницької діяльності, пов'язаної з реалізацією та експортом лісоматеріалів»).

По-третє, у ч.1 та 3 ст. 3 зазначено, що для реалізації та експорту лісоматеріалів, крім тих, що попередньо зазначені, суб'єктам підприємницької діяльності необхідно мати сертифікат, що видається разом з товарно-транспортною наклад-

ною. Для процесу фіксації видачі, а також перевірки наявності виданих сертифікатів, створений їх електронний перелік.

По-четверте, у ст. 105 Лісового кодексу передбачена юридична відповідальність у разі порушення передбачених законодавством норм.

Питання охорони та відтворення лісів належним чином врегульоване в законодавстві, тож тепер варто звернути увагу саме на їх реалізацію. Для покращення функціонування системи охорони лісів встановлено обмеження щодо реалізації та експорту лісоматеріалів, юридичну відповідальність у разі порушення даних норм.

З усього вищенаведеного можна зробити висновок, що для врегулювання такої глобальної проблеми як вирубка лісів та їх охорона прийнята достатня кількість нормативно-правових актів. Зміни до законодавства щодо тимчасових обмежень експорту деревини є більш позитивними, ніж негативними (попри економічну точку зору), оскільки таким чином можна зберегти велику кількість лісових ресурсів.

Література:

1. Лісовий кодекс України: закон України від 21.01.1994р. № 3852-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 1994. – №17. – Ст. 99.

2. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: закон України від 21.12.2010р. № 2818-VI // Відом. Верхов. Ради України. – 2011. – №26. – Ст.218.

3. Про особливості державного регулювання діяльності суб'єктів підприємницької діяльності, пов'язаної з реалізацією та експортом лісоматеріалів: закон України від 08.09.2005р. № 2860-IV // Відом. Верхов. Ради України. – 2006. – № 2, / 2-3 / – Ст.34.

4. Про мораторій на проведення суцільних рубок на гірських схилах в ялицево-букових лісах Карпатського регіону: закон України від 10.02.2000 № 1436-III// Відом. Верхов. Ради України. – 2000. – № 13. – Ст.99.

5. Про схвалення Концепції реформування та розвитку лісового господарства: розпорядження, концепція від 18.04.2006р. № 208-р // Офіційний вісник України. – 2006. – № 16. – Ст. 1207.

6. Рогожина Н. У пошуках відповідей на екологічний виклик / Рогожина Н. // Світова економіка й міжнародні відносини. – 1999. – №9. – С.12-18.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Проценко Ю.І.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОПТОВА ТОРГІВЛЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Умови всебічної глобалізації економічних процесів зумовлюють актуальність питання реалізації лікарських засобів. На сьогодні функціонування цієї форми господарсько-торгівельної діяльності погіршується через зменшення товарообігу та непропорційного збільшення кількості посередників для реалізації даного виду товарів.

Обіг лікарських засобів складається з процесів виробництва, зберігання, перевезення, оптової та роздрібної реалізації, придбання та безпосереднього застосування.

Відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами,

затверджених наказом МОЗ України, оптова торгівля лікарськими засобами – діяльність з придбання лікарських засобів у виробників лікарських засобів або інших суб'єктів господарювання, що мають відповідну ліцензію, зберігання, транспортування та продажу лікарських засобів з аптечних складів (баз) іншим суб'єктом оптової або роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які отримали на це відповідні ліцензії, та безпосередньо лікувально-профілактичним закладам і виробникам лікарських засобів.

Реалізація лікарських засобів здійснюється на основі ліцензії, що надається суб'єктам господарювання у разі додержання ними чинного національного законодавства, практик, настанов, що адаптовані до законодавства ЄС через аптечні склади. Тож, законодавством встановлено умови які має дотримуватися ліцензіат при провадженні діяльності, а саме : займатися торгівлею лише лікарських засобів, мати достатній їх асортимент та контроль за якістю, виконувати умови зберігання та інші.

Оскільки ліцензіат може займатися торгівлею лише зареєстрованих лікарських засобів, то загальна господарська компетенція оптових складів (баз) характеризується загальнодозвільним типом правового регулювання, що ґрунтується на загальному дозволі, який встановлює загальні обмеження на здійснення діяльності, пов'язаної з ввезенням, придбанням та реалізацією контрольованих речовин, фальсифікованих, незареєстрованих, субстандартних лікарських засобів. У сфері загальних обмежень діє інший порядок регулювання правовідносин, тобто дозвільний, на ввезення, придбання та реалізацію контрольованих речовин, на ввезення незареєстрованих лікарських засобів у випадках, прямо передбачених законодавством.

ЗУ «Про лікарські засоби» встановлює, що на території України можуть реалізовуватись лише зареєстровані лікарські засоби, крім випадків, передбачених законодавством. Реалізація лікарських засобів здійснюється лише за наявності сертифіката якості, що видається виробником (для імпортованих лікарських засобів – імпортером (виробником або особою, що представляє виробника лікарських засобів на території України).

Перелік суб'єктів, кому може бути реалізована продукція, чітко визначений. До них належать виключно суб'єкти господарювання, що мають ліцензію на зайняття оптовою або роздрібною торгівлею лікарськими засобами, або ліцензію на їх виробництво чи безпосередньо закладам охорони здоров'я.

Масовий характер реалізації лікарських засобів та значна кількість законодавчих актів, що регулюють обіг лікарських засобів позбавляє можливість підприємця узгодити умови договору оптової реалізації лікарських засобів відповідно до чинного законодавства України. Крім того, підхід до питання обігу лікарських засобів, як специфічного виду правових відносин, вимагає втручання владно-організаційних, примусових засад, пов'язаних зі здійсненням державних і суспільних (публічних) інтересів.

Таким чином, реалізація оптової торгівлі відбувається щодо специфічного об'єкта – лікарських засобів. Тож, для торгівлі наркотичними засобами, психотропними речовинами та прекурсорами у ліцензіата має бути відповідна ліцензія. Якщо ж до складу даного аптечного складу входить аптека з правом виробництва (виготовлення) лікарських засобів, то на зайняття такою діяльністю має бути також ліцензія.

До істотних умов для договорів на оптову реалізацію лікарських засобів необхідно віднести: умови поставки товару з урахуванням його терміну придатності; поставка тільки таких лікарських засобів, які зареєстровані в Україні, інформування про термін закінчення дії реєстраційних посвідчень на них; забезпечення супроводу лікарських засобів сертифікатами якості виробника; обумовлення способу транспортування товару до отримувача; спосіб забезпечення якості лікарських засобів під час транспортування; умови та спосіб повернення товару у випадку заборони реалізації з боку контролюючих органів (фальсифіковані, неякісні з вини виробника ліки тощо), які є невід'ємною частиною договору оптової реалізації лікарських засобів. Тобто, посилаючись на вищенаведене, можна дійти висновку, що для оптової торгівлі лікарськими засобами необхідне дотримання багатьох умов і тільки після їх реалізації надається ліцензія на зайняття цією діяльністю.

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.

*Пузерей Є.А.,
студент 34 групи*

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Відповідальність за заподіяння шкоди при наданні медичної допомоги регулюється нормами цивільного права і є найбільш адекватним засобом правового реагування на правопорушення у медичній сфері. Однак цивільне законодавство України не містить особливостей регулювання відповідальності при наданні медичної допомоги, що зумовлює актуальність даної тематики.

Вивченню питання цивільно-правової відповідальності при наданні платних медичних послуг присвячені праці О. Смотрової, С. Антонової, С. Стеценка та ін.

Цивільно-правова відповідальність при наданні платних медичних послуг – це вид цивільно-правової відповідальності, що передбачений нормами цивільного законодавства або договором, який полягає в обов'язку особи, що надає платні медичні послуги (виконавця) зазнавати несприятливі наслідки майнового характеру що гарантуються державним примусом і спрямовані на відновлення порушених майнових і пов'язаних з ними особистих немайнових прав пацієнта. Як бачимо, така відповідальність може бути договірною або ж деліктною і складність у розмежуванні зазначених видів полягає у тому, що та сама дія медичного працівника може являти собою як делікт, так і порушення договірних зобов'язань.

Юридичне значення розмежування договірної та позадоговірної відповідальності полягає у тому, що форми та розмір першої встановлюються тільки законом, а форми та розмір другої визначаються як законом, так і умовами укладеного договору. Закон дозволяє за допомогою положень укладеного договору значно збільшувати розмір відповідальності, який визначено законом (ч. 4 ст. 1195 ЦК України) [3]. Сторони договору можуть також встановлювати додаткову відповідальність навіть за ті правопорушення (дії або бездіяльність), за які чинне законодавство відповідальності не передбачає. Наприклад, у договорі про надання платних медичних послуг – відповідальність пацієнта за порушення внутрішнього стаціонарного режиму медичного закладу [1, с. 118]. Як зазначають в науковій літературі, за цивільним правом України відповідальність медичних закладів чи медичних працівників (приватних підприємців) за заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта має деліктний харак-

тер, однак до правопорушників можливе застосування і додаткової договірної відповідальності [1, с. 178].

Підставою юридичної відповідальності медичних закладів і працівників при наданні платних медичних послуг є правопорушення, що виражається в невиконанні, неналежному виконанні своїх обов'язків щодо профілактики, діагностики, лікування захворювань осіб, які звернулися за медичною допомогою (пацієнтів). Порушення прав пацієнтів можуть носити різний характер, а саме: порушення права на доступну медичну допомогу, на медичну допомогу взагалі; порушення права пацієнта на самовизначення; порушення інформаційних прав пацієнта [2].

Загальними умовами для застосування цивільно-правової відповідальності є: 1) *протиправність порушення суб'єктивних цивільних прав* – це означає, що, діючи певним чином або, навпаки, утримуючись від дій, суб'єкт порушує норму закону, іншого нормативного акта або суб'єктивне право особи (в цьому випадку наявність певного відхилення від правил (норм) надання медичної допомоги, порушення суб'єктивного права пацієнта); 2) *наявність збитків (шкоди)*. Шкідливі наслідки протиправної поведінки медичного персоналу можуть виражатися в погіршенні стану здоров'я пацієнта або його смерті; втраченому заробітку чи іншому трудовому доходу пацієнта; необхідності для пацієнта або його близьких нести додаткові витрати, пов'язані з лікуванням чи реабілітацією, і т. д. Шкода може виражатися, крім того, у фізичних і моральних стражданнях пацієнта і його родичів; 3) *причинний зв'язок між порушенням і збитками (шкодою)*. Необхідною умовою притягнення медичного закладу або персоналу до відповідальності є причинний зв'язок між їх протиправною поведінкою і шкодою. Вона означає, що одне явище (причина) передує іншому (наслідку) і породжує його. Стосовно до проблеми відповідальності за шкоду, заподіяну здоров'ю пацієнта при наданні медичної допомоги, найбільшу складність викликає проблема можливої множинності причин, що призвели до несприятливого результату. Якщо несприятливий результат лікування викликаний взаємодією багатьох причин, необхідно визначити, які обставини стали причинами шкідливого результату і яке значення мало кожне з цих обставин. Якщо наслідком неналежного лікування стала смерть пацієнта або пошкодження його здоров'я, важливе значення має висновок судово-медичної експертизи, яке суд оцінює у сукупності з іншими доказами; 4) *вина порушника*. Вина – психічне ставлення суб'єкта до вчинюваної протиправної дії (бездіяльності) та її можливих наслідків. Вина може виявлятися у формі умислу і необережності. Цивільне законодавство України не завжди враховує вину правопорушника. Мова йде про цивільно-правову відповідальність за шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки. До джерел підвищеної небезпеки можна віднести деякі об'єкти, що використовуються медичними установами і працівниками в процесі надання медичної допомоги: зокрема, рентгенівські установки, родонові ванни, лазерні апарати, отруйні, наркотичні, сильнодіючі лікарські препарати, вибухо-і вогнебезпечні засоби, такі, як ефір, і т. д. [4, с. 54].

С.В. Антонов зазначає, що за заподіяння шкоди здоров'ю пацієнтів при наданні платних медичних послуг виникає особливий вид цивільно-правових зобов'язань – цивільно-правовий делікт, який пропонує називати «ятрогенним» (у пер. з грецької, *iatros* – лікар). Склад ятрогенного делікт у відрізняється від загальноприйнятої чотирих елементної конструкції за рахунок відсутності такого елемента, як вина, що має факультативний характер. С.В. Антонов допускає навіть об-

меження відповідальності за негативні наслідки при складних медичних втручаннях, коли погіршення стану здоров'я пацієнта викликано не тільки неналежними діями медичних працівників, а ще й об'єктивними факторами. У цьому контексті він звертає увагу на правові норми Австралії, цивільне законодавство якої передбачає, окрім об'єктивної форми деліктної відповідальності, ще й відносну. При цьому по-різному кваліфікуються випадки, коли шкода здоров'ю пацієнтів виникла тільки через неналежні дії осіб, що здійснювали медичне втручання та негативні наслідки втручань, викликані поєднанням суб'єктивних і об'єктивних факторів. Австралійська модель деліктної відповідальності також дає змогу розглядати негативні наслідки лікування у відсотковому відношенні щодо вірогідності повного одужання пацієнта, тобто з відшкодуванням шкоди у сумі, пропорційній прогнозованій вірогідності видужання пацієнта. Правник пропонує запозичити такі норми до національного цивільного законодавства, обґрунтовуючи цю думку загальним ризиком медичних втручань та складністю плинку окремих захворювань, коли неможливо точно встановити, що стало причиною погіршення стану здоров'я – медичне втручання чи паралельно існуючий хронічний патологічний процес [1, с. 132].

Таким чином питання цивільно-правової відповідальності потребують правового врегулювання (в ЦК України в Правилах надання медичних послуг або ж в Медичному кодексі України у разі прийняття останнього) з урахуванням специфічних особливостей (таких як неналежна поведінка пацієнта при лікуванні та інших суб'єктивних та об'єктивних факторів які можуть вплинути на результат лікування).

Список використаних джерел:

1. Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг : дис. канд. юрид. наук: 12.00.03 / НАН України; Інститут держави і права ім. В.М.Корецького. – К., 2006. – 206 с.
2. Договорное регулирование отношений по возмездному оказанию медицинских услуг. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://revolution.allbest.ru/law/00027338_3.html
3. Цивільний кодекс України N 435-IV, 16.01.2003 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1011.25.99&nobreak=1>
4. Стеценко С. Г. Медицинское право. Учебник. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. – 572 с.

Пузиряк Р.Г.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СИСТЕМА ГОСПОДАРСЬКИХ ДОГОВОРІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Станом на сьогоднішній день господарські договори у сфері охорони здоров'я є досить важливими, адже інтенсивно застосовуються у даній сфері та регулюють велику кількість питань.

Дослідженням питань пов'язаних із системою господарських договорів у сфері охорони здоров'я займалися такі вчені як, М.І. Брагінський, В.А. Вітрянський, Є.А. Суханов, А.Г. Перушин та інші.

Охорона здоров'я посідає виняткове місце в соціально орієнтованій економіці, так як саме тут виробляються суспільно споживчі блага – медична допомога та медичні послуги [1].

У господарському законодавстві немає спеціальних норм, що регулюють договірні відносини саме у галузі охорони здоров'я. Господарські договори, що існують у зазначеній сфері, характеризуються великою різноманітністю та мають як загальні властивості, так і певні відмінності, що дозволяють відокремлювати їх один від одного.

Такі науковці, як Л.А. Жук та Л.І. Жук, зазначали, що особливості господарського договору, виявляються у його функціональному навантаженні. Вони вважають, що господарський договір – це найоперативніший та найгнучкіший засіб зв'язку між виробництвом і споживанням, вивчення потреб і негайним реагуванням на них, а також найважливіший засіб, який дисциплінує господарський обіг [2].

Доктринально господарсько – правові договори класифікують за різними критеріями. Але існує єдиний критерій, визначений у ГК, який можна пристосувати до сфери охорони здоров'я за участю пацієнтів.

В галузі охорони здоров'я господарський договір виконує такі функції: поперше, регуляторну щодо регулювання відносин між сторонами на підставі закону, але з урахуванням специфіки конкретного господарського зв'язку. По – друге, контрольну, яка полягає в тому, що за допомогою господарського договору здійснюється контроль за ефективністю діяльності суб'єктів господарювання. По – третє, охоронну, сама наявність договору в передбаченій законом формі, зафіксовані в ньому права і обов'язки сторін, та санкції за їх невиконання [2].

Одним з видів господарських договорів стосується обігу лікарських засобів в оптовій торгівлі, крім купівлі – продажу, найчастіше укладаються договори поставки товару, як правило для потреб державних або комунальних лікувально – профілактичних закладів, тобто для державних потреб в широкому розумінні.

До числа підприємницьких договорів, крім договорів на оплатну реалізацію майна, особливо у сфері обігу лікарських засобів, слід віднести договори на послуги.

Договір про надання медичних послуг є найпоширенішою підставою виникнення цивільно-правових відносин з оплатного надання цих послуг [3].

Хотілось би зазначити, що особливістю предмета договору про надання медичних послуг є неможливість зведення його до конкретного кола обмежених дій.

Останнім часом у галузі охорони здоров'я все більшого значення набувають договори, пов'язані із страхуванням життя та здоров'я громадян. На жаль, в Україні проблема правового забезпечення права на медичне страхування, недостатньо вивчена.

До відносин у сфері охорони здоров'я, на які поширюються механізми реалізації публічних інтересів, належать, зокрема, ті, що можуть виникати із господарсько-договірних відносин, а саме: контрактів на державне замовлення, договорів лізингу щодо медичної техніки, договорів відшкодування витрат на медичне обслуговування, договорів медичного страхування, договорів постачання лікарських засобів та виробів медичного призначення тощо [4].

Отже таким чином можна зробити висновок, що всі зазначені договірні конструкції широко застосовують принцип свободи договору, в той же час укладення господарського договору є обов'язковим для сторін, якщо він ґрунтується на державному замовленні (ст. 179 ГК України), виконання якого є обов'язковим для суб'єкта господарювання у випадках, передбачених законом, або існує пряма вказівка закону щодо обов'язковості укладення договору.

Література:

1. Пунда О.О., Арзанцева Д.А. Медичне страхування в Україні: правові та організаційні засади// Університетські наукові записки. – 2009.- № 1(29) с. 95 -100.
2. Пашков В.М. Господарсько – правовий статус закладів охорони здоров'я/ В.М. Пашков. – К.: МОРІОН, 2008.
3. Герц А.А. Класифікація договорів про надання медичних послуг/ А.А. Герц// Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2015. – Вип 32. Том 2. с.15 – 20.
4. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти// Часопис Київського університету права. К: – 2010. – с. 213 – 215.
Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А. О.

*Романенко А.Ю.,
студент 43 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ

На сучасному етапі розвитку медицини і медичного законодавства юридична відповідальність медичних працівників, зокрема кримінальна і цивільно-правова, майже не викликає суттєвих питань і суперечок серед науковців, хоча потреба удосконалення нормативно-правових актів у цій сфері буде завжди об'єктом дослідження. Однак більш цікавим і обговорюваним є питання щодо відповідальності лікарів за їх професійні помилки, оскільки існують розбіжності між науковцями з приводу того, як саме кваліфікувати ці помилки.

Не дивлячись на юридичний аспект цієї проблеми, її дослідженням займалися не лише юристи, а й науковці у сфері медицини. Однак, аналізуючи літературу даної тематики, треба зауважити, що представники медичної науки іноді роблять не об'єктивні висновки, і тому, на мою думку, це суто юридичне питання і його дослідженням повинні займатись науковці у сфері юриспруденції, звісно враховуючи висновки і думки науковців у сфері медицини. Отже, дослідження питання лікарської помилки здійснювали такі юристи-науковці як І.Я. Сенюта, В.І. Акопов, С.Г. Стеценко та інші.

Складність цього питання полягає у тому, що воно не має правової основи регулювання. Тобто на сьогоднішній день в Україні не має жодного нормативно-правового акту, у якому чітко прописано і врегульовано питання відповідальності медичних працівників за їх професійну помилку.

По-перше, виходячи з того, що відсутній нормативно-правовий акт який регулює це питання, відсутнє і офіційне тлумачення поняття «лікарська помилка».

В.І. Акопов вважає, що лікарська помилка – це помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, що є наслідком сумлінної омані й не утримуючого складу злочину або ознак провини. На мою думку це визначення є цілком правильним. Вірно зазначено, що це стосується саме лікаря, в обов'язки якого входить встановлення діагнозу, визначення характеру захворювання, проведення операції і т.д.

По-друге, за загальним правилом існують дві причини лікарських помилок: суб'єктивні та об'єктивні. До суб'єктивних можна віднести: моральні і фізичні недоліки лікаря; недостатня підготовка і професійність; недостатнє інформування та інше. До об'єктивних відносяться: несприятливі особливості хворого і захворю-

вання; несприятлива зовнішня обстановка, недосконалість медичної науки і техніки; алергічні реакції, як і неможливо було передбачити при стандартному медичному втручанні (діагностуванні чи лікуванні).

Існують різні думки науковців щодо кваліфікації лікарських помилок, як злочин або як підставу для цивільно-правової відповідальності. Але на мою думку, щоб врегулювати ці розбіжності, потрібно внести альтернативу для вирішення цього питання. Такою альтернативою може бути створення спеціального нормативно-правового акту, який би регулював окремо питання відповідальності лікарів за їхні професійні помилки. Цей нормативний акт повинен мати широкий перелік лікарських помилок з урахуванням вищезазначених суб'єктивних і об'єктивних причин їх виникнення, а також відмежовувати їх від кримінально караних правопорушень і цивільно-правової відповідальності. Статтею 1171 ЦК України зазначено, що юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. На мою думку, було б доцільно в проєкті запропонованого закону зазначити, що норми ЦК України не поширюються на лікарські помилки, оскільки більшість позовних заяв стосуються саме цього питання, що значно ускладнює роботу судових органів.

Таким чином, проблема відповідальності лікарів за їх професійні помилки є досить складним і спірним питанням, оскільки існують протилежні думки вчених юристів, а єдиного компромісного вирішення поки що не існує, тому створення нового спеціального нормативного акту, а також удосконалення існуючого законодавства у сфері медицини є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Рябокін К.В.,

студент 45 групи

ІЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Пацієнт – це будь-яка особа, що звернулася за медичною допомогою або скористалась нею, незалежно від того, в якому вона стані, хвора, здорова чи особа, що погодилась на медико-біологічний експеримент (проєкт Закону України «Про права пацієнтів»).

На сьогодні найповніше права пацієнтів регламентуються у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., так званій декларації прав людини у сфері охорони здоров'я. Окрім того, права пацієнтів можна визначити на підставі норм Конституції України від 28.06.1996 р., Цивільного Кодексу України від 16.01.2003 р. та Клятви лікаря, затвердженої Указом Президента України від 15.06.1992 р.

Права кожного на охорону здоров'я визначаються статтею 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Ці права включають, зокрема, життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; безпечно для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку.

Складовими механізми захисту прав пацієнтів є:

1. Нормативне закріплення прав пацієнтів в українському законодавстві, їх класифікація;
2. Способи захисту прав пацієнтів: а) адміністративний; б) судовий; в) альтернативний
3. Залучення громадськості у вирішення проблем у сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів.
4. Міжнародне співробітництво України у галузі захисту прав пацієнтів.
5. Юридична відповідальність за порушення у сфері охорони здоров'я та прав пацієнтів

Право на оскарження дій посадових осіб державних та громадських органів, надане громадянам Конституцією України, регулюється Законом України «Про звернення громадян». Цей Закон забезпечує громадянам України можливості для відстоювання своїх прав і законних інтересів та відновлення їх у разі порушення.

Ст. 55 Конституції України проголошує, що права і свободи громадянина захищаються судом. Ця норма передбачає безпосереднє звернення в суд у разі порушення прав. Право на звернення до суду за захистом своїх порушених прав пацієнт має також відповідно до ст. 8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

На мою думку, наявність в вітчизняній правовій системі різних способів захисту прав пацієнта дає можливість не тільки вибору способу захисту своїх прав, а й більшу вірогідність того, що проблему пацієнта буде вирішено.

Отже, враховуючи все вищесказане, можна зробити висновок, що пацієнти мають численний каталог прав у сфері охорони здоров'я, які можна класифікувати за різними критеріями для повнішого і детальнішого їх дослідження. Це дає змогу виявити й недоліки чинного законодавства, яке містить прогалини, декларативні норми, не завжди дієві гарантії для реалізації прав цих суб'єктів медичних правовідносин.

Також, я вважаю, що є невідкладна потреба у прийнятті нових актів, які б розширили й систематизували перелік прав пацієнтів, закріпили належні механізми для їхнього забезпечення.

Савенко Я.С.,

студент 34 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НА ТОРГОВУ НАЗВУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Актуальність даної теми пояснюється тим, що фармацевтична промисловість набуває все більшого темпу розвитку, жодна інша не характеризується таким різноманіттям товарів у всьому світі. За останні роки і в Україні спостерігається зростання кількості лікарських засобів, у зв'язку з чим постає проблема вибору торгової назви для новоствореного препарату.

Дану проблематику досліджували такі відомі вчені як С.Б. Білоус, О.В. Галацан, Є.А. Греков, Т. А. Заніна, А. П. Копитько, І.М. Коросташова, Н.Б. Москалюк, В.О. Шаповалова та інші.

Найбільша кількість заявок на одержання патенту або свідоцтва на товарний знак подається саме на об'єкти в галузі фармацевтики. Відповідно до офіційної ста-

тики Міністерства охорони здоров'я станом на 17.10.2015 в Україні зареєстровано всього 12349 лікарських засобів, з них 3686 вітчизняних і 8663 іноземних[1].

Для того, щоб відрізнити чи ідентифікувати ці препарати різних виробників у цивільному обороті та не допустити недобросовісної конкуренції, існує реєстрація їх торгових назв. Частина 1 статті 9 Закону України «Про лікарські засоби» зазначає, що лише після державної реєстрації лікарських засобів, крім випадків, передбачених цим Законом, вони можуть бути реалізовані. Відповідно до частини 23 цієї ж статті у державній реєстрації може бути відмовлено у разі, коли внаслідок такої реєстрації будуть порушені захищені патентом чинні майнові права інтелектуальної власності, в тому числі при виробництві, використанні, продажу лікарських засобів[2].

Ці норми застосовуються тільки стосовно тих об'єктів права, які захищені патентом (винахід, корисну модель, промисловий зразок), а стосовно прав інтелектуальної власності на торговельну марку подібної норми немає. Це, на нашу думку, є перешкодою для захисту свого права інтелектуальної власності на торговельну марку.

Проаналізувавши Правила розгляду проектів назв лікарських засобів, що подаються на державну реєстрацію в Україні, затверджені МОЗ України, можна виокремити такі назви лікарських засобів: хімічні (це наукове поняття, яке може вільно використовувати будь-яка юридична чи фізична особа; наприклад, етан дає початок назві етанол, етил – етилен і т.п.); міжнародні непатентовані (тобто прийняті Всесвітньою організацією охорони здоров'я; використовуються як назви для аналогічних лікарських засобів, незалежно від наявності патенту); узвичаєні (загальноприйняті назви, що використовуються кількома виробниками, однак не зареєстровані як міжнародні непатентовані; наприклад: еуфілін, фурацилін, димедрол, анальгін, цитрамон, аспірин т. ін.); торгові (назва, під якою лікарський засіб знаходиться у цивільному обігу; ця назва повинна ідентифікувати товар (лікарський засіб) та його виробника).

Вважаємо, що слід зупинитися саме на цьому виді назви лікарського засобу, адже для того, щоб набути права інтелектуальної власності на назву препарату компанії-виробники реєструють її у вигляді товарного знака (торгової марки). Власники фармацевтичних компаній прагнуть монополізувати назви своїх лікарських засобів як торговельні марки, бо цим, по-перше, отримують право забороняти іншим компаніям виробництво препаратів зі схожим найменуванням, яке доходить до ступеня змішування, тобто таких, що можна сплутати, по-друге, мають право погоджувати і контролювати використання третіми особами цього знаку і, по-третє, щоб використовувати власну назву для реклами, просуванню товару на ринок і боротьби з конкурентами. Виключне право користуватися та розпоряджатися правом інтелектуальної власності на торговельну марку засвідчується свідоцтвом[3].

Як зазначають С.А. Греков і М.М. Грекова монополія власника патенту є результатом компромісу між інтересами суспільства, яке має інтерес у результатах, захищених патентом, і винахідників, які без такої монополії втрачають стимул до своєї діяльності[4]. Безперечно виробник лікарського засобу, який вклав кошти в його впровадження, повинен мати монополію на цей лікарський засіб, адже таким чином він створює собі імідж та має можливість охороняти і захищати свої права. Наприклад, довіру у населення заслужили такі препарати як «Аспірин», «Баралгін»,

“Валідол”, “Ессенціале”, “Зантак”, “Кавинтон”, “Корвалол”, “Рулід”, “Фестал”, “Ципролет” тощо.

Н.Б. Москалюк наголошує на тому, що основною проблемою, пов’язаною з охороною прав інтелектуальної власності на лікарські засоби є ціна препаратів, яка диктується власником патенту. Так як патентовласник має невеликий проміжок часу монопольного використання патентних прав, то ціна формується з огляду на якнайшвидше отримання доходів, що, у свою чергу, відбивається на доступності препарату для споживачів[5]. Тобто, необхідно підтримувати баланс між захистом прав інтелектуальної власності та можливістю доступу українських громадян до доступних за ціною лікарських засобів.

Отже, фармацевтичні компанії мають приділяти велику увагу обранню назви лікарського препарату ще на етапі його створення, а для того, щоб забезпечити неповторність, а тому і захист обраної назви, вона може бути зареєстрована як торговельна марка. Вважаємо доцільним ввести обов’язкову процедуру дослідження заявленої торговельної марки на тотожність з попередніми вже зареєстрованими. Для цього повинні об’єднати свої зусилля Державний фармакологічний центр МОЗ України та Державна служба інтелектуальної власності та створити єдину базу торгових назв на лікарські засоби.

Література:

1. “Державний реєстр лікарських засобів України” Інформаційний фонд [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.drlz.kiev.ua/>.

2. Закон України «Про лікарські засоби» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 22, ст. 86).

3. Правила розгляду проєктів назв лікарських засобів, що подаються на державну реєстрацію в Україні, затверджені МОЗ України 2010 р.

4. Греков С. А. Розвиток права інтелектуальної власності в медичній сфері в аспекті реалізації права особи на доступність лікарських засобів [Електронний ресурс] / С. А. Греков, М. М. Грекова // Право і суспільство. – 2014. – № 1. – С. 15-22. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Pis_2014_1_6.pdf.

5. Москалюк Н. Б. Теоретичні передумови та практичні аспекти паралельного імпорту в системі реалізації прав інтелектуальної власності на лікарські засоби [Електронний ресурс] / Н. Б. Москалюк. // Часопис Академії адвокатури України. – 2013. – № 3. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Chaa_u_2013_3_16.pdf

Науковий керівник – ас. Гриценко Г. Г.

Савченко Т.О.,

студент 25 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ФАЛЬСИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

На сьогодні масштаб фальсифікації лікарських засобів в Україні сягнув такого рівня, що став загрожувати здоров’ю української нації. Аналіз характеру цих злочинів дає змогу дійти висновку саме про організовану злочинність у цій сфері, оскільки йдеться про сукупність злочинів, що вчиняються організованими злочинними угрупованнями. Відтак, метою боротьби з фальсифікацією лікарських засобів в Україні є встановлення повного державного контролю за виробництвом та збутом лікарських засобів. Оскільки кожен має право на належне медичне обслуговування,

держава повинна вживати всіх необхідних заходів, спрямованих на забезпечення громадян якісними й належними лікарськими засобами.

Водночас у засобах масової інформації дедалі частіше рекламуються різноманітні диво-ліки, курси лікування та реабілітації, чудодійні пристрої тощо. Сподіваючись вирішити свої проблеми зі здоров'ям, люди вірять перебільшеній або й завідомо недобросовісній рекламі та витрачають чималі гроші на препарати, дія яких є досить сумнівною, та “плацебо” (псевдоліки, котрі, щонайбільше, можуть справити лише психологічний ефект самозаспокоєння). На жаль, під виглядом реклами лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації у популярних ЗМІ іноді розміщуються відверто шарлатанські пропозиції, зокрема “універсальних” препаратів мало не від усіх захворювань, в тому числі тяжких. Нерідко під виглядом відомих медичних препаратів рекламуються ліки, які не приносять людині очікуваного позитивного ефекту, тобто є фальсифікованими. Зрозуміло, що це не тільки загрожує життю і здоров'ю населення, а й завдає значних фінансових збитків державі і вітчизняним виробникам фармацевтичної продукції. Так, лише у 2014 році за приблизними підрахунками в Україні вилучено майже півмільйону упаковок різних лікарських засобів на загальну суму понад 40 млн грн. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), на країни, що розвиваються, припадає до 70 % обігу всіх фальсифікованих лікарських засобів, а на розвинені країни – близько 30%. За терапевтичними групами більше всього фальсифікують протимікробні засоби (до 28 %), гормональні (до 22 %), антигістамінні препарати (до 17 %), судинорозширюючі (до 7 %), протисудомні (до 2 %). На сьогодні ця проблема в Україні набула ще більшої актуальності, оскільки ринок фальсифікованих медичних препаратів постійно розширюється, для чого складаються відповідні передумови. Головною з них є нижча, порівняно з оригінальним медичним препаратом, ціна. В зв'язку з тією ситуацією, що склалась в країні, цьому є логічне пояснення. За даними Держкомстату України, 35 відсотків українських сімей, де всі члени працюють, перебувають поза межею бідності. В Україні налічується понад 510 тисяч сімей, які є малозабезпеченими. Їхній сукупний місячний дохід не досягає встановленого прожиткового мінімуму. Ці сім'ї не мають можливості забезпечувати себе якісними лікарськими засобами, оскільки рівень цін на лікарські засоби занадто великий. У багатьох європейських країнах така проблема відсутня, оскільки все покриває страхова медицина. В Україні така медицина відсутня, тому постає об'єктивна необхідність забезпечити малозабезпечених громадян лікарськими засобами належної якості [2, с.12].

Фальсифікація лікарських засобів є однією з важливих проблем світового фармацевтичного ринку, що потребує свого негайного вирішення. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я фальсифікованим (контрафактним) лікарським засобом є продукт з етикеткою, що не відповідає дійсному складу препарату та (або) виробникові. Відповідно до Закону України “Про лікарські засоби” лікарський засіб – це будь-яка речовина або комбінація речовин, що має властивості і призначена для лікування або профілактики захворювань. Фальсифікований лікарський засіб цей Закон визначає як лікарський засіб, який умисно промаркований неідентично (невідповідно) відомостям (одній або кільком з них) про лікарський засіб з відповідною назвою, що внесені до Державного реєстру лікарських засобів України, а так само лікарський засіб, умисно підроблений у інший спосіб, і не відповідає відомостям (одній або кільком з них), у тому числі складу, про лікарський засіб із

відповідною назвою, що внесені до Державного реєстру лікарських засобів України. Згідно із законодавством України та за результатами аналізу практики боротьби з фальсифікованими лікарськими засобами можливо виокремити три основні види підробок: 1) препарат, у якому взагалі немає активної лікувальної речовини; 2) препарат, у якому наявні всі речовини, але невідомо, за яких умов і технологій їх отримано; 3) препарат, у якому дорожчу, більш якісну речовину замінено на аналогічну, більш дешевшу і менш активну; [1, с. 9]

Підроблені медикаменти, реалізовані міжнародному ринку, залежно та умовами їх виробництва поділяють на виборах 4 груп: 1) Перша група – це препарати, у яких відсутні все інгредієнти зареєстрованого, звані «плацебо» (муляжі), які взагалі містять діючих речовин. Наприклад замість активної речовини вказаної на упаковці речовини береться цілком нейтральний компонент – тальк, вапно, сода, крейда, можливі натуральні красителі(морква, буряк). Такі медикаменти зустрічаються не так часто. В такий спосіб підробляють таблетки, мазі, гелі, лосьйони. 2) Друга ж група – препарати, містять інгредієнти, про які сказано на упаковці, але застосовуються не по прямому їх призначенню. Це препарати -імітатори. Основну діючу речовину в таких препаратах замінюють на допоміжні, що впливає, також, на ефективність. Найчастіше упаковку дешевого препарату замінюють препаратом з більшою вартістю. Наприклад, на флакон зі звичайним фізіологічним розчином наклеюється етикетка від серйозного знеболюючого чи онкологічного препарату. Ця група підробок є найнебезпечнішою через неможливість передбачити наслідки, після лікування таким препаратом. 3) Третя група – ліки, містять інгредієнти, кількість та походження істотно відрізняється від того, що вказано на упаковці. Якщо проводити перевірку, то на перший погляд може здатися, що препарат оригінальний, але все ж таки препарат буде підробкою. Наприклад, в коробочку від аспірину німецького концерну «Вауег» вкладено шипучий аспірин місцевого виробника. Великого шкоди хворому це завдасть, але різко знизиться терапевтичний ефект від участі застосування препарату та підвищиться ризик виявлення алергічної реакції на якийсь компонент препарату, котрий не був зазначений на упаковці. 4) Четверта група – препарати-копії, це повністю скопійовані препарати, які виробляються під іншою назвою, з оригінальною рецептурою, але не тим підприємством, яке має патент на даний препарат. Якщо порівнювати з музикою, то ці препарати – «піратські копії». У Білорусії була така ситуація, коли було створено копію протигрипозного препарату «Таміфлю», але з назвою «Флустоп», нібито препарат для внутрішнього ринку, але речовина в його складі теж – це копія брендового препарату. По суті, це не зовсім законна копія. Якщо говорити про ефективність таких препаратів, то дане положення не виключається. А стосовно реалізації цього товару під іншою назвою, компанією котра не має прав на його реалізацію і створення-це не законно.[3, с.17]

Отже, якщо підвести підсумок даного питання, фармацевтичний ринок є однією із прибуткових галузей економіки, яка досить швидкими темпами розвивається. Виявлені проблеми фармацевтичного ринку можуть бути вирішені лише з втручанням держави в даний процес. Основними факторами, які сприяють появі основних проблем фармацевтичного ринку України, є: недоліки законодавчої бази; недотримання вимог чинного законодавства; корупція, лобіювання та конфлікт інтересів; попит, що перевищує пропозицію; високі ціни; неефективна взаємодія між органами державної влади. Лише з подоланням вказаних факторів фармацевтичний ринок України бути спроможний надавати якісні послуги громадянам.

Література:

1. Ніколашкін О.Н. (каф. Технології ліків, РГМУ ім. акад. І.П. Павлова), “Фальсифікація ліків – як це робиться і силові методи боротьби за здоров’я людей.”- с. 9-11.

2. Ірина Степанова, «Медична Газета», 28.03.2001.- с. 12-13.

3. Б.П. Громовик „Організація роботи аптек” (видання друге).- с.17.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Сагайдачний П.П.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ РОЗРАХУНКУ ВАРТОСТІ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Одним із стратегічних напрямів реформування закладів охорони здоров’я є розв’язання проблеми розробки цінової політики медичного закладу та ціноутворення медичних послуг. Це вимагає розробки методики розрахунку ціни послуг, що реально відобразатиме стан ринку медичних послуг, забезпечуватиме відшкодування витрат лікувально-профілактичних закладів.

Питання визначення вартості, встановлення цін та загалом процесу ціноутворення медичних послуг, а також пошук шляхів удосконалення державного управління системою охорони здоров’я і формування цінової політики в сфері надання медичних послуг були предметом наукових досліджень таких вітчизняних і зарубіжних вчених, як В. Д. Долот, М. П. Клименко, В. А. Грабовський, В. М. Корнацький, О. М. Шевченко, С. В. Сисюк, Н. М. Зорій, В. В. Синиця, Р. Й. Васишлин та інші.

У системі охорони здоров’я сьогодні спостерігаються два основні методичні підходи до визначення вартості медичної послуги: 1) визначення ціни окремої медичної послуги чи маніпуляції; 2) визначення вартості і ціни кожного окремого випадку медичної допомоги, тобто пролікованого окремого пацієнта [1, с. 172].

Ціноутворення – це встановлення ціни, процес вибору остаточної ціни залежно від собівартості продукції, цін конкурентів, співвідношення попиту та пропозиції й інших факторів [2, с. 234].

У багатьох публікаціях з проблем ціноутворення зазначається, що найрозповсюдженішими методами ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні є такі: 1) витратне ціноутворення, в основу якого покладено фактичні витрати лікувально-профілактичного закладу на виробництво та реалізацію послуги; 2) ціннісне ціноутворення, в основі якого дотримання оптимального співвідношення «ціна/витрати» для забезпечення отримання прибутку; 3) наслідування конкурента, тобто використання методів ціноутворення конкурентів, які найуспішнішими на цьому ринку.

Визначення послідовності процесу ціноутворення на медичні послуги включає сім етапів: 1) підготовчий етап (визначення цілей і завдань організації); 2) етап збору первинної інформації і маркетингового аналізу – визначення кількісного та якісного обслуговування хворих; 3) вибір методу ціноутворення (наприклад: на основі існуючих цін конкурентів або прямих витрат плюс прибуток, тощо); 4) визначення собівартості медичних послуг, що включають прямі і непрямі витрати; 5) етап формування ціни; 6) етап корекції ціни; 7) аналіз результатів розрахунку і прийняття відповідних управлінських рішень [3, с. 34].

Можна зробити висновок, що найвагоміше місце займає етап визначення собівартості медичної послуги, оскільки вона є визначальним показником у формуванні ціни на медичну послугу.

Ціноутворення у сфері охорони здоров'я має низку особливостей, які в свою безпосередньо впливають на собівартість, і відповідно ціну медичної послуги. По-перше, з точки зору оцінки затрат. Затрати на діагностику і лікування в різних лікувально-профілактичних закладах різні. По-друге, є проблеми з оцінкою праці лікарів та нарахування відповідної винагороди. По-третє, індивідуальність пацієнта і змінність його стану здоров'я як предмета праці. Калькуляцію можна буде провести після завершення лікування [4, с. 143].

На рівень цін впливають як внутрішні, так і зовнішні фактори: власні витрати на виробництво та реалізацію послуги, ступінь конкуренції, економічна ситуація, місцезнаходження клініки, тощо. Але основними з них слід вважати: 1) собівартість послуги чи продукції; 2) наявність унікальних властивостей послуги; 3) ціни на послуги конкурентів; 4) можливості отримання достатнього прибутку [1, с. 176].

З усього вище сказаного можна зробити висновок, що поширення практики надання платних послуг населенню об'єктивно вимагає обґрунтування вартості цих послуг. Визначення послідовності процесу ціноутворення можна поділити на конкретні етапи, найвагоміше місце серед них займає етап визначення собівартості медичної послуги, оскільки вона є визначальним показником у формуванні ціни на медичну послугу.

Література:

1. Сорока С. В. Розробка цінової політики медичного закладу з врахуванням собівартості медичної послуги / С. В. Сорока // Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Економічні науки. – 2013. – Вип. 3. – С. 171-177. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vchtei_2013_3_31.pdf

2. Резнікова В. В. Послуга як правова категорія та ознака посередницьких договорів / В. В. Резнікова // Університетські наукові записки. – 2007. – № 4. – С. 234-240. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unzap_2007_4_37.pdf

3. Захарчин Г. М. Сучасні калькуляційні схеми в сфері охорони здоров'я / Г. М. Захарчин, М. В. Мирошніченко // Вісн. Нац. ун-ту "Львів. політехніка". – 2005. – № 533. – С. 32-36

4. Долот В. Д. Методичні підходи щодо визначення собівартості та ціноутворення у закладах охорони здоров'я: терміни та поняття / В. Д. Долот // Ефективність державного управління. – 2013. – Вип. 37. – С. 140-144.

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

*Сердюк Б.К.,
студент 4 курсу
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА:

ПОНЯТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Проблема медичних помилок досить поширене явище у сучасному світі і багато фахівців у галузі права визнають важливість чіткого регулювання поняття лікарської помилки та регулювання відповідальності за її вчинення. Відповідно до досліджень, приблизно 4% хворих, які знаходяться на лікуванні в певних медичних закладах в стаціонарі, одержували не кваліфіковану медичну допомогу таким чином витрачаючи свій час та зменшуючи шанси на успішневилікування від хвороб різних ступенів тяжкості. На думку дослідників, такі помилки призводять до смерті одного з десяти хворих в Україні. Статистика таких країн, як США, Велика Британія, Німеччина, свідчить про підвищену смертність пацієнтів від лікарських помилок. Наприклад, у США від лікарських помилок щорічно гине 98 тис. американців (це більше, ніж у результаті вбивств, самогубств і дорожньо-транспортних пригод), а в Німеччині – 25 тис. осіб. ВООЗ вважає за норму 9 % смертельних випадків, що відбулися через лікарські помилки та нещасні випадки під час надання медичної допомоги. [1,с.34]. Тому важливо дослідити питання лікарської помилки з точки зору самого поняття та відповідальності лікаря чи закладу охорони здоров'я.

Дослідженням питаннями медичної помилки займаються та займаються, як представники медичної науки (М.І.Пирогов, І.В. Давидовський, І.Ф.Огарков), так і представники юриспруденції (Я.Л. Лейбович, В.А.Глушков, А.М.Савицька, М.Н.Малеїна, С.Г.Стеценко, І.Я. Сенюта).

Термін “лікарська помилка” має застосування та поширення в юридичній, медичній та у сучасній популярній літературі. Але під одним і тим самим терміном різні автори розуміють різні явища які мають різний характер та юридичну природу свого походження та застосування на практиці. З точки зору медичного права така ситуація є недопустимою, оскільки повинен існувати єдиний підхід і єдині принципи правової оцінки лікарських помилок для їх вірної кваліфікації. На сьогоднішній день застосування поняття “медична помилка” є виправданим, тому що професійні помилки трапляються і в практичній роботі середнього медичного персоналу які теж виконують певні лікарські функції. Наприклад, С.Стеценко визнає медичну помилку як дії або бездіяльність медичного персоналу, які можуть спричинити негативні наслідки для пацієнта через об'єктивні чи суб'єктивні причини та мають за ознаку відсутність умисного чи необережного злочину [1,с.36]. Особливістю лікарської помилки є неможливість для лікаря будь-якої спеціальності чи професійного стажу її передбачити, а надалі запобігти наслідкам вчинення такої помилки. У практиці юристів і медичних працівників до лікарських помилок відносять незлочинну оману лікаря в його професійній діяльності, якщо при цьому виключається недбалість, несумлінність, недбалість, самовпевненість, байдужість [2].

Існують як об'єктивні так і суб'єктивні чинники виникнення медичних помилок. Об'єктивними чинниками є: відсутність належних умов для надання медичної допомоги (недостатнє забезпечення обладнанням, застарілість обладнання, не якісні медичні препарати тощо); недосконалість способів лікування захворювань за рахунок не належної кваліфікації лікарів які використовують застарілі методики; неможливість глибоко та всебічно дослідити важко хворого з причини його тяжко-

го стану або обмеженої кількості часу; пізні звернення до лікарні як самим хворим так і не вчасне доставлення тяжко хворого. Суб'єктивними чинниками лікарських помилок є наприклад: недостатні досвід, рівень знань і кваліфікація медичного працівника; недостатнє первинне обстеження хворого під час визначення травм чи роду хвороби; неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень; недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців у галузі медицини.

Кримінальна відповідальність може наставати лише за злочини передбачені чинним Кримінальним кодексом та за наявності усіх ознак злочину: суб'єкта, об'єкта злочину, суб'єктивної та об'єктивної сторін. Медичні категорії справ за ступенем складності визнаються найбільш складними, адже специфіка медичної діяльності, необізнаність правників у ній не дозволяє юристам самостійно, не звертаючись за допомогою медиків, визначати ступінь вини медичних працівників. Одним із найскладніших завдань суду та правозахисників при розгляді даних справ є доведення суб'єктивної сторони злочинів та вини медичних працівників при обґрунтуванні цивільних позовів.

Отже на мою думку лікарська помилка є важливим елементом правової системи, поняття якої має бути належним чином закріплене. Найбільш вдалим видається наступне визначення лікарської помилки – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину з боку персоналу та не мають притягатися до кримінальної відповідальності.

Література:

1. Стеценко С. Г. Медичне право України (реалізація та захист прав пацієнтів) : [монографія] / С. Г. Стеценко, В. О. Галай. – К. : Атіка, 2010. – 168 с.
2. Эльштейн Н.В. Медицинская этика и современность. / Н.В. Эльштейн // Клиническая медицина. – 2000. – Т.78, № 11 – С. 14-18.
3. Ковтун Л. Проблеми правової кваліфікації лікарської помилки/ Л.Ковтун // Правовий тиждень. – 2008 р. – №52-53.- с. 125-126. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.legalweekly.com.ua/article/?uid=844>.

Сидоренко Т.Ю.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПОТЕРПЛОГО З ТІЛЕСНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ

Особлива увага у практичній діяльності експерта приділяється судово-медичній експертизі живих осіб, бо вважається однією з найбільш складних. При проведенні такого виду експертиз судово-медичний експерт зобов'язаний дати науково-обґрунтовані та конкретні відповіді про характер ушкоджень і предмети, що травмують, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень, час заподіяння тілесних ушкоджень, а також відповісти на інші запитання. В багатьох випадках дана експертиза проводиться за медичною документацією, адже тоді вона буде основним матеріалом для проведення судово-медичної експертизи, про це повинен пам'ятати кожен лікар і тому приділяти особливу увагу опису ушкоджень.

Судово-медична експертиза, зокрема, експертиза живих осіб, проводиться на підставі постанови слідчого, ухвали суду відповідно до Інструкції про проведення

судово – медичної експертизи. Відповідно до кримінального процесуального законодавства існують види проведення судово-медичної експертизи:

- експертиза при тілесних ушкодженнях;
- експертиза з визначенням стану здоров'я;
- експертиза встановлення характеру самоушкоджень;
- експертиза при спірних статевих станах і злочинах;
- експертиза при статевих злочинах;

– інші види експертиз: встановлення віку, визначення алкогольного сп'яніння, виключення батьківства і материнства, встановлення тотожності особистості та ін.

З метою визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень судово-медична експертиза проводиться шляхом медичного обстеження потерпілих. Експерт встановлює особу хворого за паспортом чи іншим документом, обставини заподіяння ушкоджень, скарги потерпілого, знайомиться з матеріалами справи і медичною документацією, якщо така наявна (або надається). Всі отримані дані фіксуються у висновку експерта. При проведенні судово-медичної експертизи експерт зобов'язаний використовувати лише оригінали медичної документації. Але в окремих випадках дозволяється використовувати копії і виписки, за умови відображення в них повних даних про ушкодження й їх клінічний перебіг. Такі документи повинні бути завірені підписом лікаря та печаткою лікувального закладу.

Судово-медичний експерт при оцінці ступеня тяжкості повинен виходити із середньої тривалості, навіть у тих випадках, коли потерпілий не звертався за медичною допомогою. Якщо тривалість порушення анатомічних функцій органів і тканин, що зафіксовано в медичних документах, не відповідає характеру тілесних ушкоджень і не підтверджується об'єктивними даними, експерт повинен зазначити цю обставину і встановити ступінь тяжкості, виходячи зі звичайних термінів. Якщо діагноз був встановлений на підставі суб'єктивних даних і не підтверджений об'єктивними відомостями – він не враховується при визначенні ступеня тяжкості.

При загостренні попередніх захворювань після нанесення тілесних ушкоджень, а також інших наслідків ушкодження, що характерні не самим ушкодженням, а через випадкові обставини (наприклад, алкогольним сп'янінням) або індивідуальними особливостями організму чи дефектами надання медичної допомоги при визначенні ступеня тяжкості не враховуються. В таких випадках експерт повинен вказати характер причинно-наслідкових зв'язків між ушкодженнями і наслідками.

У висновку експерта при проведенні повинні бути вказані відомості щодо характеру ушкодження з медичної точки зору (синець, рана, перелом тощо), яким видом знаряддя було заподіяно ушкодження, механізм виникнення ушкодження, давність заподіяння ушкодження, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень із вказівкою на кваліфікаційну ознаку: небезпека для життя, розлад здоров'я тощо.

Отже, висновки експерта повинні бути результатом аналізу даних, що отримані при проведенні експертизи. Такі висновки повинні бути детальними і науково-обґрунтованими. Якщо ушкодження було небезпечним для життя в момент заподіяння за об'єктивними медичними даними, які не викликають сумнівів, експерт повинен визначити ступінь тяжкості, не очікуючи закінчення лікування. Висновки видаються на руки особі, яка призначила експертизу, чи ж за його вказівкою пересилаються поштою. Замінити висновок експерта випискою чи іншим документом забороняється.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Гринько Л.П.

*Сидоренко Т.Ю.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Питання ліцензування медичної діяльності є актуальним як для теорії, так і для практики державного управління, адже ця сфера є складною та недосконалою. Специфічним видом діяльності є медична практика, бо життя та здоров'я людини безпосередньо залежить від її результатів. Тому правовий режим цієї діяльності характеризується більшим ступенем контролю з боку державних органів, у порівнянні з іншими видами господарської діяльності. Законодавець включив медичну практику до переліку видів господарської діяльності, які підлягають обов'язковому ліцензуванню, зважаючи на її особливий характер. Така діяльність підлягає ліцензуванню, відповідно до ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02. 03. 2015 р.

Поняття медичної практики міститься в Ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з медичної практики, затвержені наказом МОЗ України від 30.11.2012 р. №981, де зазначено, що медична практика є видом господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, з метою надання видів медичної допомоги, визначених законом, та медичного обслуговування.

Для зайняття медичною діяльністю необхідно отримати ліцензію. Будь – яка юридична особа, зареєстрована в установленому законодавством порядку, зобов'язана отримати таку ліцензію незалежно від її організаційно – правової форми та форми власності, яка займається господарською діяльністю, крім органів державної влади та органів місцевого самоврядування та фізична особа – суб'єкт підприємницької діяльності.

Здійснювати певні види господарської діяльності, які підлягають обов'язковому ліцензуванню, без одержання такої ліцензії або з порушенням умов ліцензування тягне за собою адміністративну або кримінальну відповідальність [1].

Міністерство охорони здоров'я є єдиним органом ліцензування медичної практики згідно Переліку органів ліцензування, затвердженого постановою КМУ від 5 серпня 2015 р. № 609. Також в Постанові КМУ № 756 від 04.07.2001 р. затверджено перелік документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для зайняття медичною практикою та всі ці вимоги щодо документів для отримання ліцензії на медичну практику відтворені в наказі МОЗ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики». З вищезазначеного можна сказати, що МОЗ централізував процедуру ліцензування, тобто фактично усунув місцеві органи влади від цього процесу.

Розглядаючи позицію Титовської Т., яка зазначає, що коли претендентом на отримання ліцензії є державний або комунальний заклад охорони здоров'я, де стан матеріально – технічної бази, як правило, незадовільний, державний контроль у цій сфері фактично стає фіктивним. Не виконується основна функція – обмежити населення від некваліфікованого медичного обслуговування. Проте відмовити в наданні ліцензії таким закладам означатиме їх скорочення, але згідно ст. 49 Конституції України мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена. Очевидно, що вимоги, які містяться в ст. 17 Основ законодавства Украї-

ни про охорону здоров'я та положення наказу МОЗ від 02.02.11 стосовно наявності ліцензії при провадженні медичної практики входять у протиріччя з Конституцією. А також і з ст. 42, згідно якої держава забезпечує захист конкуренції у підприємницькій діяльності [2, с. 143].

Тобто державним закладам достатньо задекларувати у відомостях про свою матеріально – технічну базу будь – яку інформацію і отримати ліцензію автоматично, або взагалі працювати без ліцензії, посилаючись на ст. 49 КУ, адже ніякого контролю як такого не має, а тому можуть надавати будь – яке некваліфіковане медичне обслуговування. Натомість приватні заклади повинні виконувати всі вимоги Ліцензійних умов.

Можливо було б доцільніше передати частину функцій в сфері ліцензування медичної діяльності управлінням охорони здоров'я обласних, міських, районних державних адміністрацій та міським виконавчим комітетам. В багатьох європейських країнах функції контролю якості й достовірності, а також лабораторних досліджень, виконують не посадові особи МОЗ шляхом перегляду наданих заявником документів, а референс – лабораторії, тобто незалежні експертні органи [2, с. 142].

Можна зробити висновок, що для поліпшення та вдосконалення системи ліцензування медичної діяльності, напевно, краще було б делегувати деяку частину повноважень з контролю дотримання ліцензійних умов місцевим органам управління охороною здоров'я, а також незалежним експертним організаціям, що ефективно використовуються в європейських країнах. Можливо так органи матимуть можливість більш якісно контролювати сферу надання медичної допомоги ліцензіатами в сфері медичної діяльності.

Література:

1. Белотелов М. Г. Ліцензування медичної практики. Правові засади // *Therapia*. Український медичний вісник [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://therapia.ua/tag/litsenzuvannya>.

2. Титовська Т. В. Ліцензування медичної практики як форма державного контролю в галузі охорони здоров'я: концептуальні засади і практичні наслідки. // Наукові праці: науково – методичний журнал. Т.208. Вип.196. Державне управління/ ред.. Л.П. Клименко [та ін.]. – Миколаїв: ЧДУ ім. П. Могили. 2012. – с.141 – 145.

Сидоренко М. О.,

студент 35 групи

ІЮІ НВІУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ЯК ОСОБИСТЕ НЕМАЙНОВЕ ПРАВО ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ

Конституція України визнає людину, її життя і здоров'я, честь і гідність найвищою соціальною цінністю, встановлює недоторканість особистого і сімейного життя, гарантує право на охорону здоров'я, необхідною умовою дотримання якого є забезпечення належної охорони лікарської таємниці. Тому, на разі особливо актуальним є питання непропорційного розголошення інформації про стан здоров'я та притягнення за це до відповідальності, у тому числі цивільно-правової.

З'ясування потребують питання змісту поняття та коло інформації, яка становить таємницю про стан здоров'я, що поставлені під охорону норм Цивільного Кодексу (далі – ЦК).

Дане питання є предметом дослідження багатьох науковців, зокрема: В. І. Акопов, С.В. Антонов, І. В. Венедіктова, О. Ю. Кичма, С. Г. Стеценко, О.А. Чабан та ін.

Проблема захисту права особи на збереження інформації про її стан здоров'я існує тривалий час. Про це свідчить, зокрема, така історична пам'ятка, як клятва Гіппократа, в якій проголошується: «Про щоб я не дізнався під час виконання своїх професійних дій, щоб не побачив і не почув про дії людського життя, які не слід будь-коли розголошувати, я змовчу, вважаючи це таємницею» [1, с. 216].

На початку зберігання лікарської таємниці було лише етичним правилом і, відповідно, не було встановлено правової відповідальності за її розголошення [2, с. 11]. Однак із встановлення права на таємницю про стан здоров'я на законодавчому рівні, виникло питання й про забезпечення відповідальності за порушення такого права.

Міжнародні засади з приводу забезпечення таємниці про стан здоров'я були закріплені в таких документах, як: Загальна декларація прав людини; Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації; Міжнародний кодекс медичної етики; Міжнародний пакт про громадянські та політичні права; Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта та ін.

У національному законодавстві можна зустріти декілька понять, зокрема «таємниця про стан здоров'я», «лікарська таємниця», «медична таємниця». Існує проблема їх розмежування.

Ст. 286 ЦК передбачає, що фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, одержані при її медичному обстеженні. Це саме право гарантоване і ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Поряд з цим законодавець оперує таким поняттям як «лікарська таємниця» (ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я), яка полягає у тому, 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 такі відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. Хоча законодавець визначення поняття «лікарська таємниця» досі відсутнє, що на думку багатьох вчених є прогалиною, але позиція законодавця з цього приводу досить чітка. У висновку Головного науково-експертного управління 19.05.2014 на проект Закону про внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (щодо захисту лікарської таємниці) зазначено: «Пропозиція доповнити Основи законодавства України про охорону здоров'я визначенням терміну «лікарська таємниця» виглядає дещо штучною, оскільки відповідне визначення вже міститься у статті 40 Основ, за змістом якої до лікарської таємниці відноситься інформація про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, яка стала відомою медичним працівникам та іншим особам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків. Тому потреби у визначенні відповідного терміну, на думку Головного управління, немає» [3].

Що стосується поняття «медичної таємниці», воно охоплює не тільки медичну складову взаємовідносин лікар – пацієнт, а й усю сукупність інформації, яку лікарі, медсестри чи обслуговуючий персонал одержують від пацієнта у процесі спілкування з ним [4, с.178]. Конституційний Суд України у рішенні від 30.10.1997р. (справа К.Г.Устименка) зазначив, що медичною інформацією є свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі і про наявність ризику для життя і здоров'я [5].

Слід погодитися з думкою Чабан О.А., що поняття закріплене у ст. 286 ЦК («право на таємницю про стан здоров'я») є найбільш вдалим, оскільки у такому разі кожна фізична особа зобов'язується утримуватись від поширення будь-якої інформації про хворого, яка стала їй відома, тобто не визначається коло суб'єктів таємниці про стан здоров'я [1, с. 218]. Аналіз ст. 286 ЦК дає можливість визначити, що об'єктом охорони є: 1) стан здоров'я; 2) факт звернення за медичною допомогою; 3) діагноз; 4) відомості одержані при медичному обстеженні. Однак у такому разі поза об'єктом охорони залишаються інформація про інтимну і сімейну сторони життя громадянина, прогноз можливого розвитку захворювання, методи лікування тощо, що, на нашу думку, є невинуватим. Тому доцільно розширити перелік відомостей, що підлягають цивільно-правовій охороні.

За неправомірне розголошення інформації про стан здоров'я передбачена юридична відповідальність, зокрема цивільно-правова. У листі Міністерства юстиції України від 20.06.2011 р. «Відповідальність медичних працівників» зазначається, що на сьогоденному етапі розвитку українського суспільства і медико-правової науки на перший план відносно відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення виходить цивільно-правова відповідальність. Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди. До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, належать перш за все життя і здоров'я. З цієї причини можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги [6]. Оскільки право на таємницю про стан здоров'я належить до особистих немайнових прав, то якщо протиправним розголошенням відомостей про стан здоров'я особи заподіяно шкоду (як моральну, так і матеріальну), то ця шкода підлягає відшкодуванню (ст. 280 ЦК)

На думку Антонова С. В., розголошенням медичної таємниці можна вважати навіть обговорення медичними працівниками із своїми друзями чи навіть з колегами в неформальній обстановці перебігу лікування окремого пацієнта або його особистих проблем, коли порушується анонімність цього пацієнта [7, с. 62]. Чинним законодавством встановлені випадки, коли дозволено розголошення відомостей про стан здоров'я, однак на практиці існує доволі багато запитань щодо того, хто, на якій підставі, у якому порядку може отримувати інформацію про стан здоров'я особи, ознайомлюватися з документами, що містять лікарську таємницю, вимагати їх копії тощо. Тому для уникнення відповідальності слід чітко визначати межі правомірного та неправомірного розголошення.

Отже, право на таємницю про стан здоров'я належить до фундаментальних особистих немайнових прав фізичної особи, забезпечення якого є складовою механізмом захисту прав людини. Право особи на таємницю про стан здоров'я порушується доволі часто, однак відповідальність настає рідко. Це обумовлено відсутністю чіткого розуміння кола інформації, що підпадає під категорію «таємниці про стан здоров'я», оскільки не врегульоване співвідношення між даним поняттям та суміжними, такими як «лікарська таємниця» та «медична таємниця».

Література:

1. Чабан О. А. Лікарська таємниця у приватному та публічному праві/ О. А. Чабан // Часопис Київського університету права. – 2014. – №1. – с. 215-219.
2. Кичма О. Ю. Медико-правове значення медичної таємниці/О.Ю. Кичма// Європейській перспективи. – 2013. – №11. – с. 11-15.
3. Проект Закону про внесення змін до Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (щодо захисту лікарської таємниці) [Електронний ресурс]: Висновок Головного науково-експертного управління. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=50574
4. Дворніченко А. С. Правові підстави та умови регулювання розголошення медичної таємниці/ А. С. Дворніченко //Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ. – 2014. – №2. – с. 174-184.
5. Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України “Про інформацію” та статті 12 Закону України “Про прокуратуру” (справа К.Г.Устименка). – 1997. – №46. – с. 126.
6. Відповідальність медичних працівників [Електронний ресурс] : лист Міністерства юстиції України від 20 черв. 2011 р. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/n0040323-11>
7. Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров’ю при наданні платних медичних послуг : дис. канд. юрид. наук : 12.00.03 / Антонов Сергій Володимирович. – К., 2006. – 206 с.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

Сидоренко Т.Ю.

студент 44 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Однією з важливих умов розвитку господарської діяльності у сфері охорони здоров’я є державна підтримка цього напрямку господарювання. Конституцією України передбачений обов’язок держави щодо сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, а також Основами законодавства України про охорону здоров’я щодо підтримки господарської діяльності в цій галузі. Проаналізувавши здійснення такої діяльності на практиці, можна зробити висновок, що реальна підтримка відсутня. Така обставина є однією з причин неналежного розвитку господарювання в медицині. І як наслідок цього є причиною майже недоступності платних медичних послуг більшості громадян, а відповідно це є причиною зростання рівня захворюваності населення.

На мою думку, повне забезпечення потреб населення в якісній та своєчасній медичній допомозі можливе за умови активної участі суб’єктів господарювання, які надають платні медичні послуги нарівні з державними та комунальними закладами охорони здоров’я, що надають безкоштовну медичну допомогу у процесі лікування та профілактики здоров’я населення незалежно від їх достатків.

Особливо гостро виникло питання щодо державної політики після прийняття Указу Президента України від 6.12.2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я», відповідно до якого передбачена розробка Плану дій щодо такого реформування, в якому необхідно визначити заходи підвищення

якості та доступності медичного обслуговування населення. Для реалізації таких заходів потрібна підтримка суб'єктів господарювання, які безпосередньо здійснюють діяльність у медицині. Проблема державного регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я в науковій літературі приділялася увага де пропонувалися варіанти вирішення проблемних моментів, а ось державна підтримка господарської діяльності в цій галузі в науці особливо і не досліджувалася, тобто не надано було належної уваги.

Як було зазначено раніше, чинним законодавством передбачається державна підтримка розвитку господарювання в сфері охорони здоров'я, загальні положення щодо основних напрямків якої закріплені в ст. 16 Господарського Кодексу. Також щодо напрямів визначено в спеціальному правовому акті, а саме в Основах, згідно з яким здоров'я проголошується пріоритетним напрямом діяльності суспільства та держави, яка зобов'язується поєднати державні гарантії з демонополізацією та заохоченням підприємництва й конкуренції в цій сфері економіки. Щодо державної підтримки, яка спрямована на підтримку наукових досліджень та впровадження нових технологій, а також забезпечення населення якісними ліками й у необхідному асортименті шляхом прийняття відповідних програм, пріоритетного фінансування, надання пільгових кредитів, встановлення податкових пільг тощо, то такі положення щодо цієї підтримки визначені у Законі України «Про лікарські засоби» [2].

За останні роки прийнято достатній ряд нормативно – правових актів, такі як державні програми («Здоров'я нації»), Укази Президента («Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення») та ін., які хоча б частково забезпечили реальну державну підтримку розвитку даної діяльності, тож на законодавчому рівні підтверджена необхідність державної підтримки господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, але передбачені заходи в більшості випадків мають суто декларативний характер і не визначають порядок їх застосування.

Один із заходів, що передбачений ст. 21 Основ, згідно з якою заклади охорони здоров'я, особи, які здійснюють підприємницьку діяльність, суб'єкти господарювання, що виготовляють продукцію для забезпечення діяльності закладам охорони здоров'я, користуються податковими та іншими пільгами, передбачені законодавством. Але треба звернути увагу, що на практиці все ж встановлені надмірні податки, які заважають розвитку господарювання, аж ніяк не сприяють приватній ініціативі та збільшують ціни (тарифи) щодо результатів такої діяльності, тобто це негативно впливає на задоволення потреб населення в медичних послугах, лікарських засобах тощо, тоді як податкова політика держави в даній галузі економіки повинна ефективно вирішувати проблеми цілеспрямованого розвитку господарювання [1].

Можливо, одним із дієвих заходів державної підтримки господарської діяльності у сфері охорони здоров'я може бути надання податкових пільг суб'єктам господарювання, але за умови їх активної участі у виконанні науково – технічних програм у медицині та фармації, а також вирішення проблемних питань на місцевому рівні щодо надання медичної допомоги населенню, згідно ГК, де визначена їх активна участь та допомога з діагностуванням хворих, лабораторними дослідженнями, адже на відміну від комунальних закладів суб'єкти господарювання як комерційні організації використовують у своїй діяльності сучасне медичне обладнання та техніку. Потрібно зазначити, що надання таких пільг можливо після відповідного доопрацювання податкового та спеціального законодавства. Також існує засіб державної підтримки шляхом пільгового кредитування суб'єктів господарювання в

даний галузі, але цей засіб на практиці не використовується майже, адже в законодавстві недостатньо чітко визначені положення щодо надання пільгових кредитів суб'єктам господарювання у сфері охорони здоров'я [2].

Тож, до засобів державної підтримки господарської діяльності у сфері охорони здоров'я можна віднести пільгове оподаткування та кредитування (яке не має прописаного в законі чітко визначено положення щодо впровадження та застосування на практиці). Тому вважаю за доцільне уточнити в чинному законодавстві положення щодо їх застосування, адже це забезпечить належний розвиток цього господарювання та буде сприяти реалізації конституційного права громадян на медичну допомогу.

Література:

1. Гладун З.С. Державне управління охороною здоров'я. – Тернопіль: Укр.мед. книга, 1999. – 312 с.
2. Куц Л.И. Хозяйственно-правовое регулирование производства и торговли лекарственными средствами: Монография. – Донецк: Норд-Пресс, Дон.НУ, 2004. – 189 с.

Скрипник А.В.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «НЕЗАКОННА ПОРУБКА ЛІСУ»

Ліси України є національним надбанням всього Українського народу і відповідно до ч. 1 ст. 7 Лісового кодексу України [1, ст. 99] виступають об'єктами його права власності. Окрім того, показник лісистості нашої держави складає близько 15% [2, с. 39]. Неконтрольована порубка здатна завдати непоправної шкоди безпечі держави, тому визначення критерію законності порубки набуває надзвичайної актуальності.

На даний час на рівні законів України відсутнє визначення поняття «незаконна порубка лісу». Хоча ст. 246 Кримінального кодексу України [3, ст. 920] та ст.65 Кодексу України про адміністративні правопорушення [4, ст. 1122], оперуючи вказаним поняттям і не надаючи його визначення, встановлюють підстави для притягнення до відповідальності.

Проте на рівні підзаконних актів та судової практики зміст вказаного поняття частково розкрито. Відповідно до Додатку 1 до Постанови Кабінету Міністрів України (далі – ПКМУ) «Про такси для обчислення розміру шкоди, заподіяної порушенням законодавства про природно-заповідний фонд України» законодавець розуміє під незаконною рубкою «рубку дерев і чагарників без спеціального на те дозволу або при наявності дозволу, але не тих дерев (чагарників), не на тих площах, що передбачені дозволом» [5]. Таке визначення хоча і є на даний час чинним та може бути застосоване, все ж такі не претендує на повноту та вичерпність, адже розкриває поняття дуже звужено.

Більш досконале визначення містилося в іншому нормативно-правовому акті, який втратив чинність. Зокрема, згідно з п.1 Примітки до Додатку 1 до Постанови КМУ «Про затвердження такс для обчислення розміру відшкодування шкоди, заподіяної порушенням природоохоронного законодавства у межах територій та об'єктів природно-заповідного фонду України» до вказаних вище ознак порубки додаються також кількісні та темпоральні порушення: «не в тій кількості (понад лі-

міт), не в ті терміни, що передбачені дозволом» [6, ст. 600]. Таке визначення є більш повним, але не розкриває усіх особливостей.

В іншому акті, який також втратив чинність, зокрема у п. 3.1 Наказу Держкомводгоспу України № 290 від 29.12.2001 року, яким було затверджено «Методику розрахунку розмірів відшкодування збитків, заподіяних державі внаслідок порушення правил охорони водних ресурсів на землях водного фонду, пошкодження водогосподарських споруд і пристроїв, порушення правил їх експлуатації» [7, ст. 151] головною ознакою самовільної вирубки лісонасаджень зазначено відсутність спеціально-го на те дозволу. Але вказане поняття повністю ігнорує ті важливі змістовні ознаки, які були зазначені в актах КМУ, а тому не може вважатися повним та прийнятним.

Судова практика з цього питання закріпила таку позицію. Згідно з абз.2 п.9 Постанови Пленуму Верховного суду «Про судову практику у справах про злочини та інші правопорушення проти довкілля» № 17 від 10.12.2004 року [8] незаконною визнається порубка дерев і чагарників, вчинена: без відповідного дозволу; за дозволом, виданим із порушенням чинного законодавства; до початку чи після закінчення установлених у дозволі строків; не на призначених ділянках чи понад установлену кількість; не тих порід дерев, які визначені в дозволі; порід, вирубку яких заборонено. На даний час таке визначення, вироблене практикою, є найбільш повним та точним, але згідно з положеннями чинного законодавства та особливостей правової системи судова практика не є джерелом права, а тому про нормативність цього поняття не можна вести мову.

Звернемося до позиції міжнародного співтовариства. Так, Європейська економічна комісія ООН з цього питання зазначила, що до незаконних рубок слід відносити: вирубування охоронюваних видів; дублювання ліцензій на рубки; кільцювання для того щоб вбити дерева, а потім, нібито «законно», вирубати; укладання угод з місцевими підприємствами для купівлі лісоматеріалів з охоронюваних територій; рубки на охоронюваних територіях; рубки поза межами дії концесії; рубки на заборонених територіях, таких як круті схили, береги річок і водозборах; вилучення занадто малих чи великих дерев з державних лісів; вилучення більших об'ємів деревини, ніж дозволено; повідомлення про великі об'єми, вилучені з лісових концесій для маскування того факту, що частина задекларованих об'ємів було вилучено з-поза дозволених меж; рубки без дозволів; отримання концесії на рубки шляхом підкупу [9]. Як вбачається з указаного визначення шляхом простого переліку, воно є, по-перше, надзвичайно широким, по-друге, містить значну кількість абстрактних та оціночних понять, але, по-третє, з вичерпною повнотою розкриває усі можливі форми протиправної поведінки. Це зумовлено міжнародно-правовим характером цього акту. Вважаємо, що у разі імплементації та адаптації цього поняття у національне законодавство з розкриттям у необхідному обсязі усіх понять та визначення необхідних критеріїв, правове регулювання визначення поняття «незаконна порубка» буде наближатися до досконалого.

Таким чином, на даний час легального повного та точного визначення поняття «незаконна порубка лісу» немає, як і критеріїв для його визначення. Запропонований Європейською економічною комісією ООН варіант є найбільш досконалим та у разі його пристосування та імплементації з урахуванням особливостей правової системи України шляхом закріплення на рівні закону буде одним з кроків не лише на встановлення законності (в тому числі – і точності) підстав для відповідальності),

але й сприятиме зменшенню негативних тенденцій щодо незаконних порубок лісових насаджень в Україні.

Література:

1. Лісовий кодекс України від 21.01.1994р. № 3852-ХІІ // Відом. Верхов. Ради. – 1994. – № 17. – Ст. 99.

2. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні. – К, 1998. – 100 с.

3. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001р. № 2341-ІІІ // Офіційний вісник України. – 2001. – № 21. – Ст. 920.

4. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984р. № 8073-Х // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1984. – № 51. – Ст. 1122.

5. Про такси для обчислення розміру шкоди, заподіяної порушенням законодавства про природно-заповідний фонд України» законодавець розуміє під незаконною рубкою «рубку дерев і чагарників без спеціального на те дозволу або при наявності дозволу, але не тих дерев (чагарників), не на тих площах, що передбачені дозволом: затв. постановою Кабінету Міністрів України від 19 квітня 1993 р. № 287 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/287-93-%D0%BF>

6. Про затвердження такс для обчислення розміру відшкодування шкоди, заподіяної порушенням природоохоронного законодавства у межах територій та об'єктів природно-заповідного фонду України: затв. постановою Кабінету Міністрів України від 21.04.1998 р. №521 // Офіційний вісник України. – 1998. – № 16. – Ст. 600.

7. Методика розрахунку розмірів відшкодування збитків, заподіяних державі внаслідок порушення правил охорони водних ресурсів на землях водного фонду, пошкодження водогосподарських споруд і пристроїв, порушення правил їх експлуатації: затв. наказом Державного комітету України по водному господарству від 29.12.2001р. N 290 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 4. – Ст.151.

8. Про судову практику у справах про злочини та інші правопорушення проти довкілля: постанова Пленуму Верховного Суду України 10.12.2004р. № 17 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=v0017700-04>

9. FERN, 2002. Illegal logging, and the global trade in illegally sourced timber; a crime against forests and people. April 2002. p. 3.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Совенко В.О.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

**ПРАВОВІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ІНТЕРЕСІВ ДОБРОВОЛЬЦІВ
ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛІКАРСЬКИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

За часи існування України, як незалежної держави, було зроблено суттєвий крок в сфері проведення лікарських досліджень.

Не дивлячись на те, що на сьогоднішній день ідуть процеси подальшого вдосконалення нормативно-правової бази щодо регулювання клінічних випробувань з метою максимального забезпечення прав, інтересів та безпеки їх учасників, особливо добровольців, існує низка важливих проблем при організації та проведенні таких досліджень.

Актуальність поставленого питання пояснюється специфікою самих досліджень, неминучий їх вплив на здоров'я піддослідної особи, а також важливість для добровольців забезпечення конфіденційності випробувань.

Проблемним питанням правового регулювання забезпечення прав та інтересів осіб, що беруть участь у лікарських дослідженнях присвячено низку праць таких науковців юристів та медиків, як Горovenко Н.Г., Гринчак С.В., Запорожан В.М. Іванійчук Т.Ю., Кулініченко В.Л., Ципкун А.Г., Шкіряк-Нижник З.А.

Говорячи про проведення лікарських досліджень, як правило розуміють проведення клінічних випробувань лікарських засобів, а також науковий аналіз та дослідження донорських та інших біологічних матеріалів.

Засоби захисту прав та інтересів добровольців, що беруть участь у наукових дослідженнях в медичній сфері можна умовно поділити на інституційні, матеріальні, інформаційні, а також заходи забезпечення безпеки та конфіденційності досліджень.

Так, у відповідності до «Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань», затвердженого наказом МОЗ від 23.09.2009 р. № 690, клінічні випробування проводяться у лікувально-профілактичних закладах, які мають відповідну ліцензію на медичну практику та акредитаційний сертифікат, видані МОЗ або уповноваженим ним органом. Важливо, що при лікувально-профілактичному закладі повинна діяти локальна комісія з питань етики; бути наявна необхідна матеріально-технічна база для надання невідкладної медичної допомоги досліджуваним, лабораторія, відділення функціональної діагностики [3]. Такі умови проведення досліджень можна віднести до інституційних заходів забезпечення інтересів піддослідного.

Важливим є принцип конфіденційності, як одна з вимог клінічних дослідів лікарських та гарантування прав, інтересів, безпеки для здоров'я добровольців. Відповідно до принципів Належної клінічної практики, які затверджені Наказом МОЗ України від 16 лютого 2009 р. № 95 (п. 2.11), необхідно забезпечити конфіденційність документів, що дозволяють установити особу суб'єкта, при дотриманні прав на недоторканність приватного життя та конфіденційність згідно з відповідними регуляторними вимогами. Відповідно до Гельсінської декларації (п. 23), мають бути прийняті всі можливі заходи із забезпечення конфіденційності суб'єктів, що беруть участь у дослідженні та їх особистої інформації, з метою мінімізації впливу дослідів на їх психологічне та соціальне благополуччя [1].

З цього приводу дискусійним є положення щодо необхідності надання інформації до органів опіки та піклування за місцем постійного проживання про участь малолітніх та неповнолітніх осіб в медичних випробуваннях, оскільки цим може бути порушено право особи на конфіденційну участь в досліді.

Забезпечення матеріальних інтересів добровольців покладене на страхування їх життя та здоров'я. Так, страхування клінічних випробувань здійснюється на основі законодавства України. Однак, Закон України «Про страхування» не встановив страхування відповідальності спонсора (організатора випробування) серед видів обов'язкового страхування, а тому при проведенні лікарських дослідів застосовується один з видів необов'язкового страхування, а саме страхування відповідальності перед третіми особами – досліджуваними (пацієнтами та здоровими добровольцями) [2]. Тому, не дивлячись на обов'язковість страхування життя та здоров'я особи перед проведенням досліджень, доцільним було б передбачення за-

конодавством про страхування обов'язкового страхування відповідальності організаторів досліджень, якими як правило виступають фармацевтичні компанії.

Найбільш повно заходи забезпечення прав та інтересів добровольців у лікарських дослідженнях відображені у законодавстві про донорство крові та її компонентів.

Держава забезпечує гарантування донорам конфіденційність, оскільки відомості, отримані від донора, складають медичну таємницю. Держава забезпечує здійснення медичного обстеження донора, а також видачу необхідних довідок про стан його здоров'я на безоплатній основі.

На випадок необережного зараження донора будь-якими інфекційними хворобами або виявлення у нього інших хвороб, у зв'язку зі здачею крові та її компонентів для медичних дослідів, донор підлягає обов'язковому державному страхуванню [4].

Шкода для здоров'я, заподіяна добровольцю у зв'язку зі здачею ним крові або її компонентів, відшкодовується у повному обсязі з урахуванням додаткових витрат (подальше лікування, посилене харчування, заходи, спрямовані на соціально-трудову та професійну реабілітацію).

У разі смерті донора, що настала внаслідок отримання крові для досліджень, членам сім'ї померлого, які перебували у нього на утриманні, державою признається пенсія у зв'язку з втратою годувальника [4].

Виходячи з викладеного, вимагає подальшого дослідження питання приведення законодавства України щодо забезпечення конфіденційності проведення лікарських досліджень, а також страхування відповідальності організаторів досліджень до міжнародних стандартів. Доцільним видається прийняття єдиного нормативно-правового акту, який би узагальнив, систематизував та забезпечив реалізацію гарантій прав та інтересів добровольців, що беруть участь у медичних та інших видах дослідженнях.

Література:

1. Іванійчук Т. Ю. Проблеми співвідношення антропологічних та біоетичних засад у правовому регулюванні проведення доклінічних досліджень лікарських засобів / Т. Ю. Іванійчук // Актуальні проблеми політики. – 2014. – Вип. 52. – С. 124-134. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/appol_2014_52_16.pdf

2. Корнацький В. М. Правові проблеми клінічних випробувань лікарських засобів в Україні [Електронний ресурс] / В. М. Корнацький, Т. В. Таласва, О. В. Сілантьєва // Вісник Академії адвокатури України. – 2012. – Число 2. – С. 39-45. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vaau_2012_2_5.pdf

3. Наказ МОЗ України від 23.09.2009 № 690 “Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики” // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090923_690.html

4. Про донорство крові та її компонентів Верховна Рада України; Закон від 23.06.1995 № 239/95-ВР (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1995, N 23, ст.183)

*Соловей А.А.,
студент 3 курсу
ППОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

САМОЗАХИСТ ЯК ДОСУДОВИЙ СПОСІБ ЗАХИСТУ ПРАВ СУБ'ЄКТІВ МЕДИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН

Досудовий (неюрисдикційний) рівень захисту прав медичного працівника та пацієнта функціонально більш простий та доступний, а також більш привабливий з багатьох причин як для самого пацієнта, так і для представників лікувальної установи, у якому хворому надавалась медична допомога. Визначальною ознакою досудового способу захисту прав є добровільний характер вирішення конфлікту, а саме – добровільне визнання винною стороною допущених нею порушень і відшкодування заподіяної шкоди [1]. Перевага саме такого способу вирішення спірних ситуацій у медицині пояснюється тим, що використання такого способу не вимагає наявності особливих умов, спеціальних пізнань й інших другорядних обставин; сприяє швидкому досягненню результату; відсутня необхідність складання позовної заяви з викладом обставин конфлікту й своїх вимог; немає необхідності самостійно або через представника відстоювати свої інтереси в суді [2, с.153].

Питання досудових способів захисту прав медичних працівників та пацієнтів розглядали С. Г. Стеценко, С.Б. Булеца, Т.В. Заварза, В.О. Галай, Т.В. Лісніча та ін. Проте досліджуваному нами способу захисту – самозахисту – бракує як уваги науковців, так безпосередньо і самих суб'єктів медичних правовідносин.

Самозахист – це неюрисдикційна форма захисту права на здоров'я, тобто захист цивільного права власними діями уповноваженої особи без звернення до державних та інших уповноважених органів [3, с.12].

Самозахист як інститут цивільного права є застосуванням особою протидії, які не заборонені законом та не суперечать моральним засадам суспільства. Особа має право на самозахист свого цивільного права та права іншої особи від порушень і протиправних посягань (ст.19 ЦКУ). Самозахист цивільних прав допускається у випадку особистого посягання на право, яке особа має на законних підставах, якщо при її реалізації не було допущено явної невідповідності способів самозахисту характеру і ступеню небезпеки посягання, а також не були перевищенні межі дій, необхідних для забезпечення недоторканності права, припинення порушення і ліквідації наслідків такого порушення [4, с.142].

Способи самозахисту можуть обиратися самою особою чи встановлюватись договором або актами цивільного законодавства. Наприклад, пацієнт може прибрати капельницю з руки, якщо йому паморочиться в голові, зле, а поблизу немає медсестри. Це один способів самозахисту шляхом присічення порушення. Медичний працівник має право здійснити самозахист від пацієнта шляхом відключення номера пацієнта, який щоденно турбує його дзвінками, вимагаючи нового діагнозу. Самозахист може використовуватись при спростуванні недостовірної інформації про особу, відмови від ведення пацієнта, що порушує приписи лікаря [5, с.168].

Формами самозахисту є необхідна оборона та завдання шкоди в стані крайньої необхідності. Необхідна оборона в медичній діяльності може проявлятися з боку пацієнта у випадку халатності лікаря, якщо він хоче зробити ін'єкцію з розчином, на який у пацієнта алергія, що може призвести до коматозного стану або помилково поміщення в психіатричний заклад. Однак, факт завдання шкоди в наявності, і така шкода не підлягає відшкодуванню, оскільки завдана в стані необхідної оборони.

Відповідно до законодавства медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу, а також безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу у випадку нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях (стихійні лиха, катастрофи, епідемії, забруднення довкілля тощо), а медичні працівники, крім цього, і при гострих захворюваннях. Медична допомога у невідкладних та екстремальних ситуаціях забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форми власності. Таким чином, якщо лікар зриває замок, бере машину і їде рятувати хворого – крайня необхідність [4, с.143].

Отже, самозахист це можливість пацієнта чи медичного працівника самостійно відреагувати на порушення та протиправне посягання, що є швидким та економічним варіантом захисту особистих прав, а в певних випадках, і більш ефективним, тому важливо, щоб дослідження цього інституту з позицій медичного права проводилося з доведенням результатів до зацікавлених осіб.

Література:

1. Стеценко С.Г. Медичне право України: Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка; С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта – К.:Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://uristinfo.net/2011-01-16-19-18-47/121-sg-stetsenko-medichne-pravo-ukraini.html>
2. Суворова К.С. Досудовий рівень захисту прав пацієнтів/ К.С. Суворова, О.Г. Бондар // Юридичний науковий електронний журнал. – 2015.-№ 2. – С. 153-154 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://lsej.org.ua/2_2015/43.pdf
3. Братель О. Г. Цивільно-правові наслідки надзвичайних ситуацій./ Братель Олександр Григорович. Автореф к.ю.н. за спеціальністю 12.00.03 цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Харків, 2003.-20с.
4. Булеца С.Б. Способи досудового захисту прав медичного працівника та пацієнта /С.. Булеца // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2011. – вип.15. – С. 141-147.
5. Заварза Т.В. Неюрисдикційні (досудові) способи захисту прав осіб, які займаються медичною діяльністю / Т.В. Заварза // Тези IV Міжнародної наукової студентської конференції [«Від громадянського суспільства – до правової держави»], (Харків, 24 квітня 2009 року). – Х.: Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2009. – С. 167 – 170.

Стадніченко Д.В.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТВОРЕННЯ СУБ'ЄКТІВ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Медична діяльність – це регламентована Основами законодавства України про охорону здоров'я, іншими законодавчими актами з питань охорони здоров'я, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України діяльність з надання громадянам лікувально-профілактичної допомоги. Медична практика, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я, підвищення санітарної куль-

тури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів. На сьогодні на законодавчому рівні залишаються нерегульованими питання щодо особливостей створення, існування та припинення таких суб'єктів господарювання як суб'єкти медичної практики. Запровадження Нової редакції Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики залишило безліч питань та значною мірою ускладнюють створення нових суб'єктів медичної практики.

Проблеми та особливості створення і припинення суб'єктів медичної практики досліджували в своїх роботах М.М. Агарков, М.І. Брагінський, І.Г. Варнавський, В.В. Вітрянський, К.І. Голубев, І.О. Кра- савчикова, М.Н. Малєїна, Л.П. Сергєєв, А.В. Тихоміров, Ю.К. Толстой, Г.Ф. Шершеневич, Л.І. Куш та інші.

Фактично медична практика виступає як різновид господарської діяльності, яка визначається ст. 3 Господарського кодексу України як будь-яка діяльність, у тому числі підприємницька, юридичних осіб, а також фізичних осіб – підприємців, пов'язана з виробництвом (виготовленням) продукції, торгівлею, наданням послуг, виконанням робіт [2, с.112].

Відповідно до чинного законодавства України медична практика відноситься до видів господарської діяльності, які дозволено здійснювати лише за наявності ліцензії, яку видає орган ліцензування. Органом ліцензування у сфері медичної діяльності є Міністерство охорони здоров'я України. А отже, одним із перших завдань, що постають перед суб'єктом господарювання, який має намір розпочати діяльність в сфері надання медичної практики, є отримання ліцензії. Саме цей аспект відрізняє суб'єктів медичної практики з-поміж суб'єктів господарювання, діяльність яких не підпадає під норми законодавства про ліцензування деяких видів господарської діяльності.

Суб'єкт господарювання створюється і повинен діяти на підставі установчих документів, які мають відповідати установленним вимогам. Стаття 57 ГК України визначає загальні вимоги до установчих документів, а спеціальні вимоги до них передбачені в законах України, що визначають особливості правового статусу суб'єктів господарювання з виключними видами діяльності. У процесі створення суб'єктів господарювання, крім наявності рішення власника майна чи уповноваженого ним органу про створення суб'єкта господарювання, важливе значення має такий фактор, як державна реєстрація суб'єкта господарювання. Однією з головних умов здійснення господарської діяльності є державне підтвердження законності входження суб'єктів до сфери господарського обігу. Процедура легітимації, тобто визнання державою відповідного статусу суб'єкта, включає такі елементи, як обов'язкова державна реєстрація, внаслідок чого виникає загальна компетенція, а також ліцензування та патентування, що спрямовані на забезпечення єдиної державної політики у сфері господарювання та захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів, внаслідок чого виникає спеціальна правосуб'єктність. Без легітимації правомірна участь суб'єктів господарювання в економічному обігу неможлива. Ліцензування не може використовуватися для обмеження конкуренції у провадженні господарської діяльності. Ліцензія є єдиним документом дозвільного характеру, який дає право на зайняття певним видом господарської діяльності, що відповідно до законодавства підлягає обмеженню [1, с.92].

Нова редакція Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджена Наказом МОЗ України від 30.11.2012 р. № 981

(далі – Ліцензійні умови), надає визначення поняттю медична практика як виду господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, з метою надання видів медичної допомоги, визначених законом, та медичного обслуговування.

Незважаючи на значні зміни, що відбулися в новій редакції Ліцензійних умов, порівняно з попередньою редакцією, залишається досить широке коло неурегульованих питань, що потребує внесення відповідних змін. Більш доречним, було б запровадити нову систему допуску до здійснення господарської діяльності в сфері медичної практики по аналогії із системою, що діє в розвинутих європейських країнах. Основу даного підходу складає система, яка б ґрунтувалася на отриманні ліцензії безпосередньо лікарем, а заклад охорони здоров'я мав би проходити акредитацію та наймати на роботу лише тих спеціалістів, які вже мають відповідну ліцензію.

Обов'язковим для суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність із медичної практики, є затвердження переліку та вартості послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам. Такий перелік має бути розміщений за місцем провадження господарської діяльності з медичної практики у доступному для споживача місці. Необґрунтованою належним чином є вимога безоплатно надавати медичну допомогу громадянам відповідно до законодавства. Відповідно до ч. 1 ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я, медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях. Дане право також гарантується державою та закріплене у Конституції України. Розглядаючи поняття медичної допомоги, відповідно до законодавства України, вбачається, що медична допомога є комплексним поняттям та включає спектр послуг з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Саме тому, законодавча вимога щодо безоплатного надання медичної допомоги є такою, що не може бути втілена в життєві реалії [2, с.115].

З огляду на викладене, на мою думку, існує необхідність у впорядкуванні системи надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та законодавчому затвердженні переліку таких послуг із внесенням відповідних змін до ст. 49 Конституції України, а також із узгодженням безоплатного надання медичних послуг із ст. 904 ЦК України.

Отже, виходячи з вищевикладеного, можна зробити висновок, що на сьогоднішній день потребує вдосконалення та подальшої розробки сама модель отримання ліцензії суб'єктами медичної практики, яка має бути приведена до європейської моделі ліцензування медичної практики, за якою лікар має отримати ліцензію особисто, а заклад охорони здоров'я має проходити акредитацію та наймати на роботу таких спеціалістів, які вже мають ліцензію. Також, враховуючи, що в Україні ліцензія на здійснення медичної практики видається на необмежений термін, доцільним було б доводити до відома громадян, через засоби масової інформації, відомості про юридичних осіб та фізичних осіб підприємців, ліцензію яких припинено, анульовано, визнано недійсною чи відкликаною.

Література:

1. Винничук Р.І. Стан та перспективи державного регулювання якості після-дипломної освіти працівників закладів охорони здоров'я / Р.І. Винничук // Науковий вісник «Демократичне врядування». – 2011 р. – №8

2. Титовська Т.В. Ліцензування медичної практики як форма державного контролю в галузі охорони здоров'я: концептуальні засади і практичні наслідки / Т.В. Титовська // Наукові праці. Державне управління. – 2014р. – Вип.196. Том 208

Слонка Є.С.

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ТЕНДЕНЦІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ

Формування сучасної моделі економічних відносин супроводжується виникненням та поширенням нових організаційних структур в усіх сегментах національної економіки і, насамперед, у фармацевтиці. Це певною мірою підтверджують процеси інтеграції і консолідації, що відбуваються на вітчизняному фармацевтичному ринку та спричиняють становлення таких нових структур, як корпоративні аптечні мережі, фарммаркети, оптово-роздрібні об'єднання, фармацевтичні холдинги.

Проблема дослідження господарсько-торгівельної діяльності має об'єктивні причини і є дискусійною темою для ряду правознавців-господарників, а саме В. Мамутова, О. Вінник, Д. Задахайла та інших. У роботах цих науковців висвітлюються загальні питання господарсько-торгівельної діяльності та проблеми функціонування торговельної мережі, але питання розвитку аптечних мереж в Україні залишилося поза увагою дослідників.

Інтеграція фармацевтичних підприємств у вигляді торговельних об'єднань являє собою форму співробітництва економічно та юридично самостійних компаній на різних етапах функціонування від розробки та виробництва товарів до їх збуту кінцевим споживачам з метою підвищення ефективності діяльності. В умовах жорсткої конкуренції та агресивної політики потужних зарубіжних фармацевтичних компаній об'єднання учасників вітчизняного фармацевтичного ринку у торговельні мережі дозволить останнім зміцнити свої конкурентні позиції та досягти значних економічних показників [3, с. 82].

Під торговельною мережею розуміють сукупність роздрібних та оптових структур, які виступають під єдиною торговельною маркою та забезпечують єдину систему постачання і збуту [4, с. 22]. Це можуть бути або горизонтальні структури, у які об'єднуються підприємства, що функціонують в однакових сферах діяльності, або вертикальні, коли підприємства роздрібної торгівлі інтегруються з оптовими фірмами чи підприємствами-виробниками [2, с. 18].

Деякі науковці пропонують більш розгорнуте визначення: під аптечною мережею вони розуміють сукупність аптечних організацій, які займаються роздрібною торгівлею лікарськими засобами, виробами медичного призначення і товарами відповідного асортименту з єдиним товарно-фінансовим потоком, з централізованою системою управління, єдиною маркетинговою стратегією, єдиним іміджем (який включає і фірмовий стиль, і уніфікований підхід до обслуговування клієнтів) [1, с. 120].

Сьогодні в Україні існують аптечні мережі трьох типів. Аптечні мережі холдингового типу – це сукупність аптек та підрозділів, кожний з яких має власний код

ЄДРПОУ. Вони можуть мати власні рахунки у банку, діяти незалежно, але мають одного власника, тобто пов'язані суто формально. Аптечні мережі централізованого типу характеризуються тим, що усі аптеки і підрозділи мають єдиний код ЄДРПОУ та централізоване постачання; дозвіл на діяльність, як правило, допускається за однією ліцензією; власних рахунків у банку аптеки не мають. Аптечні мережі змішаного типу – це структури, у яких ознаки холдингових мереж поєднуються з ознаками централізованих [2, с. 20].

Оскільки, нормативно-правовими актами у сфері обігу лікарських засобів не надано визначення поняття «аптечна мережа», при проведенні дослідження ринку послуг з організації роздрібною торгівлі лікарськими засобами Комітетом використовувались підходи, які вже існують у фармацевтичній галузі та застосовуються професійними консалтинговими компаніями і є прийнятними для ринку.

Аптечна мережа – це аптеки, консолідація яких відбувається за певними спільними за єдиною метою принципами діяльності.

Аптечні мережі, зокрема, класифікуються:

1. За кількістю аптечних закладів в структурі об'єднання:
одиначні; мала (2-5 торгових точок); середні (6-10 торгових точок); крупні (11-25 торгових точок); великі (26-50 торгових точок);
-мегамережі (> 50 торгових точок).
2. За територією поширення господарської діяльності аптечної мережі: локальні (1 область); регіональні (<5 областей); мультирегіональні (> 5 областей в > 2 регіонах); національні (всі регіони, >100 торгових точок, >15 областей) [6].

Слід також відзначити, що у своїй діяльності оптово-роздрібні об'єднання реалізують власні значні фінансові та конкурентні переваги, які в цілому сприяють підвищенню ефективності маркетингової діяльності: напрацьовані технології організації оптової реалізації товару сприяють оптимізації роздрібною діяльності, зменшенню ризиків, зниженню витрат, розширенню асортименту, збільшенню товарообігу; наявність власної торговельної марки сприяє створенню та підтримці іміджу, підвищенню якості товарів та послуг, полегшує проведення рекламних компаній; великий обсяг реалізації дає можливість розширення ринкового середовища [5, с. 77].

Створення та поширення аптечних мереж в Україні на сьогодні відбувається за різними напрямками шляхом: реорганізації самостійних аптек у мережу за рахунок органічного зростання; інтеграції самостійних аптек в існуючі мережі; об'єднання різних аптек в єдину мережу; відкриття роздрібних структур виробниками; створення власних аптечних мереж оптовими компаніями.

У цілому ж, потужні конкурентоспроможні компанії у вигляді вертикально-інтегрованих та горизонтально-інтегрованих організацій зі своєю активною торговельною мережею в умовах загострення боротьби за увагу клієнта здатні зміцнити власне конкурентне середовище шляхом впровадження сучасних технологій управління взаємовідносинами з клієнтами [5, с. 80].

Отже, аптечні торговельні мережі є особливою формою організації спільної діяльності, формою співпраці різних учасників ринку фармацевтичної продукції шляхом спільних та спільного використання ресурсів з метою досягнення спільних цілей. Саме такий варіант здійснення господарської діяльності може забезпечити сьогодні в Україні значні фінансові та конкретні переваги, сприяти підвищенню ефективності вітчизняної маркетингової діяльності.

Також необхідно законодавчо закріпити дефініцію поняття та види (організаційно-правові форми) аптечних мереж. Таке розмежування має істотне значення для створення на ринку конкурентного середовища, успішної реалізації анти-монопольної політики України.

Література:

1. Дідківська Л.І. Тенденції розвитку роздрібних торговельних мереж та їх вплив на конкурентне середовище // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – №8. – С. 119-125.
2. Бучина А. Тенденции развития аптечных сетей, работающих под единой торговой маркой // Ремедиум. – 2008. – №2. – С. 18-21.
3. Кунда Е. Инфраструктура аптечного рынка. Часть 1: Украина в целом // Е-к Аптека. – 2008. – №19. – С. 82-83.
4. Толстикова И. О возможностях сосуществования различных форм аптечных организаций в современных условиях // Фармацевтический вестник. – 2004. – №17. – С. 22-29.
5. Калова О.В. Интеграция предприятий как направление глобализационных процессов в торговле // Маркетинг. – 2002. – №5. – С. 75-89.
6. Антимонопольний комітет України «Про припинення дій, що можуть мати негативний вплив на конкуренцію». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://farmrada-1.blogspot.com/2015/03/blog-post_27.html

Тарасенко Н.О.,

студент 25 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИЛУЧЕННЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ПОМЕРЛОЇ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ

Конституція України проголошує людину, її життя та здоров'я найвищою соціальною цінністю. В контексті розгляду прав на життя та здоров'я особи, в аспекті розпорядження ними, підвищується рівень значимості проблеми цивільно-правового регулювання трансплантації анатомічних матеріалів померлих осіб як окремого виду медичних послуг.

Правову основу регламентації права на трансплантацію складають, окрім Конституції України, Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» та Основ законодавства України про охорону здоров'я, у межах цивільного права низка статей Цивільного кодексу України, що закріплюють право на охорону здоров'я, на особисту недоторканість, на медичну допомогу та, передусім, право на донорство. Окремі правові норми містяться також у Сімейному кодексі України, зокрема у ст. 123, що стосується визначення походження дитини від батька, матері при штучному заплідненні та імплантації зародка, яке може здійснюватись виключно у процесі реалізації права на трансплантацію.

Відповідно до ст. 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», трансплантацією є спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа чи іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини. Цивільний кодекс України оперує єдиним поняттям – донорство – як стосовно крові та її компонентів, так щодо інших анатомічних матеріалів, у тому числі органів. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» за-

кріплюють два терміни: донорство крові та її компонентів, трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів

Як відомо, порядок отримання згоди на вилучення анатомічних матеріалів у померлої людини традиційно поділяють на модель згоди та модель запиту згоди, кожна з яких прагне максимально забезпечити врахування волі померлої особи, але при застосуванні на практиці не позбавлена суттєвих недоліків. [2, с. 83] Відповідно до ч. 3. ст. 47 Основ законодавства України про охорону здоров'я, взяття органів та інших анатомічних матеріалів із тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом. У свою чергу, Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» у ст.16 закріплює положення про те, що кожна повнолітня дієздатна особа може дати письмову згоду або незгоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті. За відсутності такої заяви анатомічні матеріали у померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. У померлих неповнолітніх, обмежено дієздатних або недієздатних осіб анатомічні матеріали можуть бути взяті за згодою їх законних представників. Взяття анатомічних матеріалів у померлої особи для трансплантації та (або) для виготовлення біоімплантатів не допускається у разі наявності зробленої цією особою за життя заяви про незгоду бути донором. У померлої повнолітньої дієздатної особи, заява якої щодо донорства відсутня, а також у неповнолітніх, обмежено дієздатних та недієздатних осіб взяття анатомічних матеріалів не допускається, якщо на це не отримано або неможливо отримати згоду подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. З вищезазначених положень випливає те, що Україна обрала для себе модель запиту згоди, або презумпцію незгоди. Вона полягає у необхідності отримання прижиттєвої згоди донора, а в разі відсутності волевиявлення особи в цьому аспекті до її смерті, отримання згоди на донорство членів його сім'ї. Така модель донорства померлої особи використовується, зокрема, у Великобританії, Німеччині, США, Нідерландах, Канаді, Франції, Італії та інших країнах світу.

Перевагами застосування такої моделі є забезпечення права недоторканості тіла особи після її смерті, створення умов для надання особі виключного права вирішувати подальшу долю власного тіла, зменшення можливості суттєвої криміналізації даної сфери медицини.

Проте, у застуванні презумпції незгоди існують суттєві недоліки, зокрема те, що для членів сім'ї потенційного донора вирішення питання про згоду на трансплантацію є тяжким навантаженням і зазвичай не дає можливості чітко та об'єктивно оцінити проблему. В цьому контексті варто також зауважити, що можливість трансплантації є процесом, що значно обмежений у часі. Наприклад, для пересадки нирок у лікарів є до 12 годин, а для трансплантації серця – взагалі до 5 годин. Це значною мірою гальмує процес пересадки анатомічних матеріалів і призводить до смерті великої кількості потенційних реципієнтів через непридатність органу для трансплантації. А нестача органів для пересадки у нашій державі, особливо актуалізована появою значної кількості осіб, що її потребують, у тому числі внаслідок останніх подій на Сході України, також підтверджує неефективність презумпції незгоди в аспекті задоволення попиту на трансплантати. Необхідно зауважити і про можливість загрози правам та законним інтересам особи, а саме про можливість зловживань щодо отримання позитивного рішення особи на трансплантацію її анатомічних матеріалів в разі смерті. Також гальмує розвиток трансплантології в

Україні неготовність громадян до надання згоди на вилучення своїх анатомічних матеріалів після смерті, перш за все через побоювання зазнати посягань на власне життя заради трансплантатів, про що свідчать результати опитування, проведеного УНІАН. [1] Саме через велику кількість недоліків моделі запиту згоди, ставилося питання про перехід України на протилежну – модель згоди, яка, однак, також має свої недоліки. З огляду на усе вищезазначене, можна стверджувати по те, що обраний Україною спосіб правової регламентації вилучення анатомічних матеріалів у померлої людини, а саме презумпція незгоди, має значну кількість проблемних аспектів, зумовлених як власне правовою природою даної моделі, так і рівнем соціально-економічного розвитку України, і психологічною неготовністю українського народу до кроків, спрямованих на її повноцінну реалізацію. Тому існує потреба на проведення комплексу заходів з боку держави стосовно як законодавчої регламентації, так і ефективного застосування визначеної моделі правового регулювання донорства померлих осіб.

Література:

1. Мартиненко Ю. Україна – “чорний експортер” людських органів / Ю.Мартиненко // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// health/unian.net/ukr/detail/186714](http://health/unian.net/ukr/detail/186714).

2. Стеценко С.Г., Пелагеша О.Г. (2013) Медичне право України. – Атіка, Київ, 144 с.// [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://westudents.com.ua/knigi/435-mediczne-pravo-ukrani-stetsenko-sg.html>

Науковий керівник – к.ю.н, доц. Греков Є.А.

Телик К.В.,

студент 46 групи

ПІУІ НІУУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СУБ'ЄКТА ДОСЛІДЖЕННЯ У КЛІНІЧНОМУ ВИПРОБУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

У зв'язку з тим, що на сьогодні фармацевтичний ринок перебуває на стадії стрімкого розвитку, і на полицях аптек з'являються все нові й нові лікарські засоби з різними фармакологічними властивостями, питання щодо проведення клінічних досліджень таких засобів є надзвичайно актуальним. Особливу увагу при цьому варто приділити дослідженню окремих питань, пов'язаних із суб'єктами дослідження (досліджуваними).

Проаналізувавши Порядок проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я 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 2009р. №690 (далі – Порядок), можна виділити дві основні групи осіб, які можуть бути суб'єктами дослідження: пацієнт; здоровий доброволець.

Варто зазначити, що визначення, закріплене у Порядку, не розкриває зміст ні першого, ні другого поняття. Так, за Порядком, «пацієнт (здоровий доброволець) – особа, яка може бути залучена як досліджувана до клінічного випробування лікарського засобу». Щоб детальніше охарактеризувати зміст першого поняття, варто звернутися до Основ законодавства України про охорону здоров'я

від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, де зазначено, що пацієнт – це фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога. Разом з тим, медична допомога визначається як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Таким чином, до категорії пацієнтів відносяться фізичні особи, які: лише звернулися до професійно підготовлених медичних працівників з метою: а) профілактики певних захворювань; б) діагностики; в) лікування; г) реабілітації; особи, яким уже фактично надається медична допомога у вищеперелічених формах.

Якщо визначення пацієнта міститься в законодавчих актах, то визначення «здорового добровольця» взагалі не відображено в законодавстві. Зі змісту Положення випливає, що ним має бути, безперечно, фізична особа. При цьому надзвичайно важливою ознакою здорового добровольця є ознака вільного волевиявлення (добровільності). У п. 2.2 Положення зазначається «Рішення пацієнта (здорового добровольця) або його законного представника/близького родича щодо прийняття участі або продовження участі в клінічному випробуванні має бути прийняте ним самостійно й вільно, без будь-якого тиску на нього».

Окрім того, у ст. 3 Основ надано визначення здоров'я, що включає в себе не лише відсутність фізичних вад і хвороб, а і повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя. Відповідність даним вимогам характеризує особу як здорову, що є невід'ємною ознакою здорового добровольця як суб'єкта проведення клінічних досліджень лікарських засобів.

Зважаючи на це, варто виокремити, ще одну характерну ознаку даної категорії осіб – самостійність надання згоди, причому така згода має бути інформованою. Це означає, по-перше, що на відміну від пацієнта, згода на участь у дослідженні якого може надаватися як в письмовій, так і в усній формі, а також як пацієнтом самостійно, так і його законними представниками чи близькими родичами, якщо він не спроможний самостійно надати згоду, здоровий добровольць особисто надає згоду на участь у дослідженні, при цьому дана згода має бути викладена в письмовій формі і підписана ним персонально.

Із вищезазначеного можна сформулювати наступне визначення поняття «здоровий добровольць» – це фізична особа, яка є абсолютно здоровою, добровільно бажає взяти участь у проведенні клінічного дослідження в якості суб'єкта дослідження та самостійно надає інформовану згоду на участь у такому дослідженні.

Таким чином, визначивши коло осіб, які вважаються пацієнтами, та ознаки осіб, які можуть бути здоровими добровольцями, варто звернути увагу на те, що при визначенні суб'єкта дослідження через категорії «пацієнта» та «здорового добровольця» (п. 2.1 Порядку: досліджуваний (суб'єкт дослідження) – пацієнт (здоровий добровольць), який згідно з чинним порядком бере участь у клінічному випробуванні), суттєво звужується коло осіб, які можуть брати участь у клінічному випробуванні, оскільки окрім пацієнтів (осіб, які звертаються за медичною допомогою, або яким надається така допомога), а також здорових добровольців, виявити бажання взяти участь в клінічному випробуванні може особа, яка не відноситься ні до першої, ні до другої категорії (тобто особа, яка не є пацієнтом, і, разом з тим, не характеризується як здорова). Тому, на нашу думку, існуюче визначення потрібно розширити.

Отже, зважаючи на викладене вище, на нашу думку, існуюче визначення суб'єкта дослідження (досліджуваного) потрібно розширити, та викласти абз. 7 п. 2.1 «Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань» у наступній редакції: «досліджуваний (суб'єкт дослідження) – пацієнт, або інша фізична особа, яка не потребує невідкладної медичної допомоги, виявила добровільне бажання взяти участь у клінічному випробуванні лікарських засобів, надала на це інформовану згоду, а в разі неможливості надати таку згоду через наявність фізичних вад, згоду на участь якої надав її законний представник або близькі родичі.

*Терела М.А.,
студент 42 групи
ПІОУ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СІЛЬСЬКОГО ЗЕЛЕНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ КРИЗЬ ПРИЗМУ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

На сьогодні актуальним є питання вдосконалення українського законодавства з урахуванням міжнародних стандартів та зарубіжного досвіду. Зокрема слід відзначити, що правова національна база не містить окремого нормативно-правового акта, який би детально регламентував засади розвитку сільського зеленого туризму з огляду на те, що він є чи не найпоширенішим видом туризму у світі. Виходячи з цього, потрібно здійснити комплексний аналіз норм вітчизняного законодавства та проаналізувати позитивний зарубіжний досвід для визначення шляхів подолання даної проблеми.

Серед нормативно-правових актів, які містять норми, присвячені розвитку сільського зеленого туризму в Україні, можна назвати: Закони України «Про особисте селянське господарство» від 15 травня 2003 р. (ст. 1), «Про туризм» від 15 вересня 1995 р. (ст. ст. 4, 6), «Про зайнятість населення» від 5 липня 2012 р. (п. 7 ст. 16); Указ Президента України «Про Основні засади розвитку соціальної сфери села» від 20 грудня 2000 р. (розділ 2); постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання послуг з тимчасового розміщення (проживання)» від 15 березня 2006 р. (п. п. 3, 7); розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо державної підтримки розвитку сільського туризму на 2006 – 2010 рр.» від 3 липня 2006 р.; наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України «Про затвердження Плану заходів Мінагрополітики України щодо розвитку сільського зеленого туризму на період до 2015 року» від 18 січня 2013 р.

На жаль, у жодному із зазначених нормативно-правових актів не закріплено визначення поняття сільського зеленого туризму. Відповідно до проекту Закону «Про сільський та сільський зелений туризм» № 4299 від 23.10.2003 р., сільський зелений туризм – це відпочинковий вид сільського туризму, пов'язаний з перебуванням туристів у власному житловому будинку сільського господаря, окремому (гостьовому) будинку або на території особистого селянського (фермерського) господарства [1].

Науковець М. Товт виводить комплексну нормативну дефініцію поняття «сільський зелений туризм» із аналізу ст. 1 Закону України «Про особисте селянське господарство», виділяючи такі його ознаки: це вид господарської діяльності в межах особистого господарювання; ця діяльність не є підприємницькою; проводиться без створення юридичної особи фізичною особою індивідуально або особами, які пере-

бувають у сімейних чи родинних відносинах і проживають разом; члени особистого селянського господарства, надаючи послуги у сфері зеленого туризму, діють на всій розсуд і ризик для задоволення особистих потреб [2, с. 30].

Визнання діяльності у сфері зеленого туризму, що надається членами особистого селянського господарства не підприємницькою за своїм характером, призводить до виникнення проблем у процесі реалізації права на надання таких послуг самозайнятими особами. Так, до осіб, які не мають статусу підприємців, можуть висуватися вимоги щодо одержання дозволів, сертифікатів тощо.

У фаховій літературі виділяється, з-поміж інших, дефініція поняття сільського зеленого туризму, запропонована О. О. Фарйон, який визначає сільський зелений туризм як вид підприємницької діяльності щодо надання послуг відпочинку в сільській місцевості з використанням приватної власності мешканців села та природно-культурно-історичних ресурсів [3, с. 153]. Як бачимо, у наведеному визначенні підкреслюється виключно підприємницький характер діяльності, що суперечить можливості надання таких послуг членами особистого селянського господарства. Загалом для сучасного законодавства характерним є нечітке розмежування підприємницької та непідприємницької діяльності у сфері сільського зеленого туризму.

До слабких сторін стану правового забезпечення сільського зеленого туризму можна також віднести недостатнє використання досвіду сусідніх країн. Так, у ряді західноєвропейських країн заняття сільським туризмом заохочується на національному рівні і розглядається як невід'ємна складова програми комплексного соціально-економічного розвитку села. На жаль, Державна цільова програма розвитку українського села на період до 2015 р., затверджена Постановою Кабінету Міністрів 19 вересня 2007 р., не передбачає жодних заходів щодо розвитку сільського зеленого туризму [4].

Україні також варто переймати досвід європейських країн, де важливе значення та державну підтримку мають програми залучення сільських громад до зеленого туризму. У Франції, Іспанії, Італії такі важливі функції, як ліцензування, сертифікація послуг, розробка стратегії розвитку туристичної індустрії належить до прерогатив місцевої влади [5, с.187]. Утім, щоб реалізовувати такі повноваження, органам місцевого самоврядування потрібно мати відповідну фінансову базу, що може бути вирішено у розрізі запланованих у нашій країні реформ з приводу бюджетної децентралізації.

Таким чином, вирішення проблем розвитку сільського зеленого туризму повинно відбуватись з урахуванням кращого зарубіжного досвіду як на державному рівні, так і на рівні органів місцевого самоврядування. Необхідним є прийняття спеціального закону, який би врегулював особливості розвитку зеленого туризму шляхом створення спрощеного доступу сільського населення до діяльності в цій сфері та надання йому відповідних преференцій, у тому числі й податкових. Також доцільним буде розроблення нормативно-правової бази щодо визначення організаційних умов надання послуг з сільського зеленого туризму в межах особистого селянського господарства.

Література:

1. Проект Закону України «Про сільський та сільський зелений туризм» № 4299 від 23.10.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=4299&skl=5

2. Товт М. Щодо вдосконалення законодавчого регулювання діяльності у сфері сільського зеленого туризму [Електронний ресурс] / М. Товт // Віче. – 2013. – № 22. – С. 30-32. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/viche_2013_22_10.pdf

3. Фарйон О. О. Сільський зелений туризм: поняття, функції й тенденції розвитку в Україні та світі [Електронний ресурс] / О.О. Фарйон // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. – 2013. – Вип. 9(2). – С. 151-156. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/aprer_2013_9\(2\)_30.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/aprer_2013_9(2)_30.pdf)

4. Про затвердження Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 р.: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 вересня 2007 р. № 1158 // Офіційний вісник України. – 2007. – № 73. – Ст. 2715.

5. Виноградова О. В. Проблеми та стратегічні пріоритети розвитку сільського (зеленого) туризму в Україні: регіональний аспект [Електронний ресурс] / О. В. Виноградова, В. Г. Дарчук // Проблеми економіки. – 2013. – № 4. – С. 183-191. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Pekon_2013_4_24.pdf

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

Терела М.А.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

На сучасному етапі розбудови української правової системи відповідно до міжнародних та європейських стандартів актуальним, з-поміж інших питань, залишається вдосконалення положень законодавства щодо ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.

На сьогодні нормативне регулювання медичної практики здійснюється на підставі «Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 р., Наказу МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.02.2011 р. та інших нормативно-правових актів.

Відповідно до п. 1.3 Наказу МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», медична практика – це вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, з метою надання видів медичної допомоги, визначених законом, та медичного обслуговування».

На нашу думку, дане визначення потрібно розширити положенням, запропонованим провідним фахівцем у галузі медичного права України І. Я. Сенютою. Науковець слушно зазначає, що терміни «медичне обслуговування» і «медична допомога» співвідносяться як ціле і частина, медичне обслуговування «поглинає» медичну допомогу. Відтак, медичне обслуговування, окрім медичної допомоги, включає й інші види діяльності. Некоректно також сформульоване положення «надання видів медичної допомоги», оскільки слово «видів» тут вочевидь зайве, так як надається медична допомога, яка буває різних видів [6, с. 97]. Отже, більш доречним є визначення запропоноване І. Я. Сенютою, у якому зазначається, що медична практика – це вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями з до-

триманням встановлених чинним законодавством вимог з метою надання медичної допомоги чи інших видів медичного обслуговування [6, с. 97].

З огляду на закріплені у ст. 43 Конституції положення щодо безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я видаються спірними приписи п. 2.2. Ліцензійних умов, відповідно до яких суб'єкти господарювання, що провадять господарську діяльність з медичної практики, повинні затвердити перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам. Зазначена вимога до ліцензування медичної практики суб'єктів господарювання (під якими згідно п. 1.2. Ліцензійних умов розуміють усіх суб'єктів господарювання незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності) суперечить також Рішенню Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. (справа про безоплатну медичну допомогу), в якому чітко зазначено, що положення Конституції України треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її об'ягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги [6, с. 98 – 99].

Ліцензійна умова щодо затвердження переліку та вартості послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам, суперечить також закріпленому у ст. 5 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» принципу рівності прав суб'єктів господарювання, який, з-поміж іншого, передбачає «встановлення єдиних вимог ліцензійних умов».

Зазначеному принципу суперечить також ситуація із вимогами до матеріально-технічної бази медичних закладів для провадження медичної практики. Відповідно до Єдиного термінологічного словника (Глосарію) з питань управління якості медичної допомоги, затвердженому наказом МОЗ України від 20.07.2011 р. № 427, ліцензування – це процес оцінки відповідності лікувально-профілактичної установи мінімуму вимог щодо структури і ресурсів, які можуть забезпечити безпечне надання медичної допомоги. На практиці часто складається ситуація, коли державні та комунальні заклади не мають обладнання, яке б відповідало Табелям оснащення виробами медичного призначення. Однак відмова в наданні ліцензії відповідним закладам суперечитиме ст. 49 Конституції України, відповідно до якої існуюча мережа державних та комунальних закладів не може бути скорочена. Фактично йдеться про дискримінацію приватної медицини і надання привілеїв бюджетній медицині, оскільки приватні заклади для отримання ліцензії повинні виконати всі вимоги Ліцензійних умов, висунуті МОЗ, а державним достатньо задекларувати у відомостях про свою матеріально-технічну базу певну інформацію і отримати ліцензію автоматично, або ж працювати без ліцензії, посилаючись на ст. 49 Конституції. У цьому контексті виключно декларативною можна назвати функцію дозволів, які надають медичному закладу державної та комунальної форми власності місцеві органи санітарно-епідеміологічної служби та пожежного нагляду, оригінали яких вимагає МОЗ для проведення ліцензування [7, с. 143].

Відтак, контроль з боку держави за належним забезпеченням медичного обслуговування по суті стає фіктивним і суперечить принципу дотримання законності шляхом того, що «вимоги ліцензійних умов мають бути однозначними, прозорими та виключати можливість їх суб'єктивного застосування органами ліцензування чи ліцензіатами».

Отже, на сьогоднішній момент залишається певна сукупність не врегульованих в законодавстві питань щодо ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, які потребують удосконалення з метою правового забезпечення якісного медичного обслуговування.

Література:

1. Сенюта І. Я. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: окремі штрихи до нормативного «портрету» / І. Я. Сенюта // *Сучасні медичні технології*. – 2013. – № 2. – С. 97-100.

2. Титовська Т. В. Ліцензування медичної практики як форма державного контролю в галузі охорони здоров'я: концептуальні засади і практичні наслідки / Т. В. Титовська // *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»]*. Сер. : Державне управління. – 2012. – Т. 208, Вип. 196. – С. 141-145.

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

Тертична А.А.,

студент 45 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ДОГОВІРНА ДІЯЛЬНІСТЬ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У період реформування галузі охорони здоров'я досить актуальним постає питання договірних відносин та визначення їх учасників. Сектор надання медичних послуг в Україні на сьогодні є недостатньо розвинутим, зокрема, у наданні таких послуг приватними закладами охорони здоров'я.

Головними тенденціями виступає заснування на території України зарубіжних медичних клінік та розширення мереж платних вітчизняних лікарень. Проблема-тичним аспектом залишається рівень обладнання та обслуговування, а також відсутність письмового оформлення договору про надання послуг між пацієнтом та закладом охорони здоров'я. Так, правовідносини між пацієнтом і закладом охорони здоров'я не оформляються письмовим договором, а тому це можна розцінювати як ведення справ без доручення і ніякої відповідальності та гарантії якості надання послуг не передбачується.

Господарсько-правовий договір є підставою виникнення господарсько-правових відносин у сфері охорони здоров'я, які спрямовані на забезпечення одного з основоположних прав людини – права на здоров'я.

Проаналізувавши наукову працю Беляневича О. А., можна визначити, що господарський договір є збірним поняттям, що об'єднує різні договірні типи. Специфіка правового засобу виявляється в тому, що поєднуються публічні інтереси в цілому з приватними інтересами окремих суб'єктів господарювання [1].

Так, більшість вчених наполягає на тому що господарські договори не можуть бути безоплатними. Як вважає Осетинська Г., безоплатні договори не можуть укладатися споживачами, їх контрагенти є суб'єктами господарської діяльності, основним завданням яких є отримання прибутку [2]. В свою чергу Смотров О. І. наполягає на такій точці зору, що договір в силу якого одна сторона (послугонадавач) зобов'язується надати медичну послугу іншій стороні (послугоотримувачу), а останній зобов'язується сплатити за це обумовлену винагороду, є договором про надання медичних послуг, що вважається цивільно-правовим з ознаками публічного характеру [3].

Таким чином, враховуючи аналіз положень Цивільного кодексу України, Основ законодавства про охорону здоров'я, а також господарського законодавства медичну послугу можна розглянути як об'єкт господарсько-правового регулювання і дати наступне визначення. Тож, господарсько-правовий договір про надання медичних послуг – це угода в силу якої одна сторона (виконавець) – заклад охорони здоров'я у вигляді господарюючого чи не господарюючого суб'єкта надати третій стороні (послугоотримувачу) медичні послуги у вигляді медичної діагностики, оглядів, лікування тощо, спрямованою на укріплення здоров'я або на діагностику, а замовник зобов'язується оплатити зазначені медичні послуги, якщо інше не встановлено законом [4].

Таким чином, на сьогодні медичну діяльність в Україні провадять державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я.

Більшої популярності набирає приватне, оплатне медичне обслуговування, але, як вже зазначали вище є недостатньо розвинутим. Отже, дослідження даної теми дає підставу дійти висновку, щодо необхідності впровадження в законодавство договірної форми захисту прав пацієнтів, тобто введення господарсько-правового договору про надання медичних послуг, з чітким визначенням його суб'єктів, предметного змісту, предмету, істотних умов тощо.

Література:

1. Беляневич О.А. Господарське договірне право України (теоретичні аспекти): монографія. – Юрінком Інтер, 2006. – 592.
2. Осетинська Г. Законодавча регламентація зобов'язань з надання послуг за участю споживачів// Право України. – №11. – 2003. – С. 130-133.
3. Смотров О. І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг/ Автореф. дис...канд. юр. Наук. – Х., 2003. – 20с.
4. Пашков В. М. Господарсько – правовий статус закладів охорони здоров'я – К:МОРІОН, 2008. – 84.

Тесля Є.В.,

студент 41 групи

ПЮІ НІУУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ

ПРОВЕДЕННЯ ДОКЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

В статті 3 Конституції України зазначається, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються вищою соціальною цінністю. Питання доклінічних випробувань лікарських засобів є досить важливим, оскільки процес створення ліків є досить складним і полягає у розробленні діючої речовини. Для того щоб дізнатися чи може ця речовина певним чином впливати на людський організм, чи може змінювати його стан та функції, або проявляти профілактичну, лікувальну чи діагностичну дію проводяться її вивчення та випробування. І тут важливим є питання правового регулювання таких випробувань, оскільки важливим принципом при проведенні доклінічних випробувань в Україні є дотримання вітчизняних норм з урахування міжнародних настанов задля забезпечення безпеки життя та здоров'я людини [1 с. 126]. Тут слід погодитися із думкою М. М. Кисельова, який зазначає, що цивілізована людина звикла скоріше зважати на закони, а регуляторна функція моралі, власного сумління помітно переміщується на периферію свідомості [1 с. 127].

На думку В. М. Мельника випробування лікарських засобів мають проводитися із дотриманням трьох основних принципів етики дослідження з використання людей як суб'єктів: 1) повага до особи; 2) корисність; 3) справедливість [2 с. 11].

В Україні питання доклінічних досліджень лікарських засобів врегульовано Законом України «Про лікарські засоби», «Порядком проведення до клінічного вивчення лікарських засобів та експертизи матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів» затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.12.2009 №944, настановою «Лікарські засоби. Належна Лабораторна практика», яка затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я від 16.02.2009 № 95 «Про затвердження документів з питань забезпечення якості лікарських засобів» з урахуванням норм, які використовуються в міжнародній практиці.

Для початку необхідно визначитися з поняттям доклінічного вивчення лікарських засобів. Дане поняття міститься в «Порядку проведення доклінічного вивчення лікарських засобів та експертизи матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів. Це поняття визначено, як комплекс хімічних, біологічних, фізичних, фармакологічних мікробіологічних, токсикологічних та інших наукових досліджень, що проводяться перед початком клінічних випробувань. Доклінічне вивчення лікарського засобу передбачає доклінічні дослідження в лабораторних умовах та/або досліди на лабораторних тваринах з метою визначення специфічної активності та безпечності лікарського засобу.

Цей порядок також установлює основні вимоги до проведення клінічних випробувань лікарських засобів, які можуть проводитися на пацієнтах (добровольцях) за повною або скороченою програмою, у тому числі до випробувань біодоступності/біоеквівалентності, а також міжнародних багаточентрових клінічних випробувань. Він розроблений у відповідності із Законом України «Про лікарські засоби» та Директивою Європейського Парламенту та Ради 2001/20/ЄС «Про наближення законів, підзаконних актів та адміністративних положень держав-членів стосовно запровадження належної клінічної практики при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів для вживання людиною». Так у частині 2 цієї директиви зазначено, що базові принципи прийняті для клінічних випробувань у людей ґрунтуються на охороні прав і свобод людини.

В ст. 6 Закону України «Про лікарські засоби» зазначено, що доклінічні дослідження лікарських засобів здійснюються з метою встановлення їх безпеки та фармакологічної ефективності перед проведенням клінічних випробувань. Ініціатором таких досліджень є юридична або фізична особа, яка визначає їх обсяг, погоджує і фінансує до клінічні дослідження.

У настанові «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» ця настанова установлює принципи та правила (вимоги) належної виробничої практики лікарських засобів для людини, включаючи діючі речовини, що використовуються в складі лікарських препаратів. Будь-яке дослідження на людях – суб'єктах випробування, призначене для виявлення чи перевірки фармакологічних та/або фармакодинамічних властивостей досліджуваного(их) препарату(ів), його (їх) впливу на клінічні прояви захворювання і/або для виявлення побічних реакцій, і/або для вивчення його (їх) абсорбції, розподілу, метаболізму та виведення, і проведене з метою підтвердження його (їх) безпеки та/або ефективності.

Отже, доклінічне дослідження лікарських засобів є одним із досить важливих етапів розробки і впровадження використання лікарських засобів. Аналіз норм наці-

онального та міжнародного права свідчить про прагнення досягнення рівноваги між антропологічними та біотичними засадами у правовому регулюванні цих питань, а також між нормами національного та міжнародного права, зокрема Європейського Союзу.

Література:

1. В. М. Мельник етичні та правові аспекти наукових досліджень та випробувань лікарських засобів // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2002. – №1(13). С. 11-15.

2. Т. Ю. Іванійчук Проблеми співвідношення антропологічних та біотичних засад у правовому регулюванні проведення до клінічних випробування лікарських засобів // Актуальні проблеми політики. – 2014. – вип. 52. С.124-134.

Тетерник Д.Д.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПОНЯТТЯ ТА МІСЦЕ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРАВОВІЙ СИСТЕМІ

На сьогодні в Україні народна медицина функціонує поряд із офіційною медициною, що породжує питання про визначення поняття народної медицини та її місця в суспільному житті.

Окремі аспекти поняття та значення народної медицини розглядали у своїх працях такі вчені як В. Акіпова, С.Маслов, М. Малєїна, О. Пунда, В. Євтушенко, Є. Горбань та інші.

Легальне визначення поняття народної медицини закріплене статтею 74.1 Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно до якої народна медицина (цілительство) являє собою методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації [1, ст.74.1].

Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини», що на сьогодні є не чинним, визначав народну медицину, як суму всіх знань і практичних методів, що застосовуються для діагностики, профілактики і ліквідації порушень фізичної і психічної рівноваги, які спираються винятково на практичний досвід та спостереження, що передаються з покоління в покоління як в усній, так і в письмовій формі [2, п.1.2.1].

На мою думку, законодавцем був зроблений крок вперед, із закріпленням поняття народної медицини на рівні Закону, тим самим була підкреслена роль та значення народної медицини. Той, факт, що чинне легальне визначення не містить формулювання про те, що практичні методи народної медицини спираються винятково на практичний досвід та спостереження, є на мою думку позитивним моментом, бо тим самим законодавець фактично обмежував використання народною медициною наукових знань розроблених офіційною медициною.

Міжнародна практика в питанні визначення місця народної медицини в суспільному житті, поступово змінює курс на визнання та законодавче закріплення даного виду медичної діяльності. Тож, як зазначає В. Євтушенко можна виокремити наступні групи країн :

- ті, які ставлять народну та нетрадиційну медицину поза законом, а осіб, що їх практикують, піддають покаранню;
- ті, які не забороняють народну та нетрадиційну медицину, хоча законодавчо визнається система, основана на сучасній класичній медицині;
- ті, які дають можливість паралельного існування офіційної та народної медицини;
- ті, які визнають використання методів класичної, народної та нетрадиційної медицини як таких, що взаємодоповнюють один одного.

Вчений зазначає, що цей розподіл дещо умовний, так як досить важко навести приклад якоїсь групи, де б не були присутні елементи іншої групи, тобто перехід від групи до групи не має чіткої межі [3, с.139].

Більшість розвинених країн надають перевагу саме офіційній медицині над народною. В свою чергу країни з нерозвиненою медичною системою, що не може забезпечити доступ населення до класичної медицини, віддають перевагу саме народній медицині. Проте, залишається фактом, що як і в першому так і в другому випадку народна медицина функціонує, і до неї звертається значна частина населення.

На мою, думку найбільш виправданим є підхід, при якому народна медицина державою визнається, проте знаходиться під чітким контролем, в питанні атестації осіб, які бажають займатись народною медициною, сфері діяльності та контролю за нею. Як зазначає Н. Похмурська-Гудим необхідно посилити державний контроль за стихійним формуванням підпільного непрофесійного ринку надання послуг із народної і нетрадиційної медицини.

Необхідно також скласти протоколи контролю якості роботи цілителів та лікарів народної та нетрадиційної медицини [4, с.223].

Таким чином, розвиток суспільних відносин змушує законодавця оперативно реагувати на відповідні зміни, питання народної медицини не є виключенням, зважаючи на те, що об'єктом в даних відносинах виступає життя та здоров'я особи, на мою думку слід приділити більшу увагу контролю за даним видом медичної діяльності та його юридичній визначеності в законодавстві.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/paran23#n23>
2. Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини МОЗ України; Наказ, інструкція від 10.08.2000 №195 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0150-01>
3. Євтушенко В. Міжнародний та український досвід державного регулювання народної медицини [Електронний ресурс] / В.Євтушенко // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2014. – Вип. 3. – С.133-144. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/dums_2014_3_16.pdf
4. Похмурська-Гудим Н. Аналіз державного управління народною та нетрадиційною медициною в Україні [Електронний ресурс] / Н. Похмурська-Гудим// Збірник наукових праць «Ефективність державного управління». – 2015. – Вип. 43. – С. 220-226 – Режим доступу: http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo/edu_43/fail/29.pdf.

Тоноян Л.Г.

студент 32 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВІДШКОДУВАННЯ ЗБИТКІВ ПАЦІЄНТОВІ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕВДАЛОГО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Звертаючись за медичною допомогою (послугою), кожен пацієнт розраховує на її належну якість та ефективність. Однак на практиці часто трапляється, що внаслідок медичного втручання стан здоров'я пацієнта не поліпшується, а навпаки – завдається шкода його здоров'ю чи життю. У результаті, постраждала особа чи її родичі реалізують право на правовий захист і компенсацію завданих втрат. Проте, здається, держава часто закриває очі і не хоче навіть чути про завдану медичну шкоду, лікарські помилки, халатність тощо. Свідченням цього є той факт, що в бюджетах різних рівнів не закладені кошти на відшкодування збитків у таких випадках [2]. Тому актуальним видається питання дослідження правової природи «збитків» у медицині та пошук ефективних механізмів їх відшкодування.

З огляду на те, що питання шкоди та збитків є інститутами цивільного права, то серед науковців, які працювали над ними, варто назвати таких: А.М. Белякова, Т.В. Гайкова, Т.С. Крисань, І.І. Митрофанов, В.П. Присяжнюк, В.А. Тархов, В.Т. Смирнов, А.А. Собчак, А.М. Ердєлевський, Г.Ф. Шершеневич та ін. Проте відшкодування збитків у медицині набуває специфічних рис та особливостей, які потребують додаткової уваги вчених, а тому є необхідними для дослідження.

Аналіз положень Цивільного кодексу України «шкода» та «збитки» трактуються неоднозначно. Так, у п. 3 ч. 2 ст. 11, а також у ст. 1166 законодавець ототожнює збитки та шкоду, позначаючи їх лише терміном «шкода», у ст. ст. 22 і 23 вказані терміни розмежовуються, у ст. 1192 використовується лише термін «збитки», у п. 8 ч. 2 ст. 16 ЦК України законодавець вказує на «відшкодування збитків та інших способів відшкодування майнової шкоди» [1].

Учені зазначають, що поняття «шкода» в законодавстві України є ширшим за поняття «збитки». Шкода може бути відшкодована і в грошовій формі, і в натурі, а збитки – лише в грошовій формі, тобто шкода завжди включає в себе збитки [3, с.12].

Цивільне право передусім ставить своїм завданням відшкодувати саме збиток, що підлягає грошовій оцінці (звичайно, із значною часткою умовності), щоб якість компенсувати майнові втрати пацієнта (насамперед заробіток, пропорційний втраті працездатності, а також інші витрати) та за можливості сприяти відновленню працездатності, якщо це об'єктивно можливо. [4, с.8].

У п. 14. Європейської хартії прав пацієнтів передбачено право на отримання відшкодування завданої шкоди, де зазначається, що кожна особа має право на отримання відшкодування матеріальної та/або моральної шкоди, завданої у зв'язку з взаємодією із системою охорони здоров'я, зокрема з наданням медичної допомоги, протягом розумного строку [5].

Оскільки в поняття «шкода» ми включаємо збитки, як прямі, так і непрямі (договірні або не договірні), то збитки в медичній практиці полягають у відшкодуванні витрат на лікування пацієнта, реабілітацію після проведеного додаткового лікування, посилене харчування. Відшкодування збитків за наявності вини лікаря необхідно покласти на лікаря у вигляді стягнення певної суми, проте не більше одної мінімальної заробітної плати щомісячно, поки не буде виплачена вся сума збитків або

заклад охорони здоров'я сплатить одноразовою виплатою, а після буде стягувати щомісячні платежі з лікаря. Можливий вихід із такої ситуації – це створення фонду при закладах охорони здоров'я, який б формувався щомісячними вкладами медичних працівників у сумі одного неоподаткованого доходу громадян і благодійними внесками пацієнтів [4, с.8].

Що стосується європейського досвіду у підході до питання відшкодування збитків, то наприклад, у Швеції ще в 1975 році було створено Консорціум страхових компаній із відшкодування шкоди, завданої невдалим лікуванням. Цей Консорціум відшкодовує збитки, завдану медичними втручаннями, за спеціально встановленими лімітами, розмір яких час від часу змінюється. Якщо постраждалого пацієнта не задовольняє запропонована Консорціумом сума компенсації, він може звернутися до суду. Цю модель гарантованої компенсації шкоди, яку, до речі, більшість науковців та практикуючих юристів вважає однією з найбільш прогресивних у світі, з деякими змінами вже запозичили Фінляндія (1987), Норвегія (1988) та Данія (1992) [2].

Право відшкодування збитку охоплює всі майнові втрати, які несе пацієнт або лікар, представник, третя особа, медичний заклад унаслідок неналежного виконання зобов'язання (так звані збитки, заподіяні недоліком, або прямі збитки). До них відноситься, наприклад, втрачена вигода внаслідок неможливості подальшого працевлаштування пацієнтом, унаслідок неправильного лікування, що привело до професійної непрацездатності або втрачена вигода підприємця, який знаходився на лікуванні й за призначенням лікаря мав бути виписаний, однак з'явилися ускладнення, які лікар не передбачив під час виписки, і тим самим всі домовленості підприємця були зірвані та призвели до майнових втрат. Указані збитки відповідають так званому позитивному інтересу, який підлягає відшкодуванню. Крім того, унаслідок недостатньо кваліфікованого виконання зобов'язання шкода заподіюється життю, здоров'ю (так звані збитки, викликані наслідками неналежного виконання, що наступили, або непрямі збитки). Як приклад можна навести покупку ліків для лікування: під час отруєння особи наслідок значно серйозніший, ніж від придбання недоброякісних ліків [4, с.8-9].

Отже, питання «збитків» у медицині цікаве як юридичній науці, так і практиці. Пропонуємо під ними розуміти майнові втрати, які зазнав пацієнт, внаслідок недбалого ставлення медичного працівника до виконання професійного обов'язку, та які відшкодовуються за рішенням суду. Радимо вітчизняному законодавцю врахувати пропозиції щодо створення в Україні Фонду при закладах охорони здоров'я чи Консорціуму страхових компаній із відшкодування шкоди, завданої невдалим лікуванням.

Література:

1. Цивільний кодекс: Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV// ВВР. – 2003, № 40-44, ст.356.
2. Антонов С.В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням / С.В. Антонов // Журнал «Управління закладом охорони здоров'я». – 2007. – № 7. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ru/publications/76.html>
3. Крисань Т.Є. Збитки як категорія цивільного права України : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.03 «Цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право» / Т.Є. Крисань. – О., 2008. – 181 с.

4. Булеца С.Б. Відшкодування збитків у медицині / С.Б. Булеца // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2015. – Вип.32. – С. 7-10.

5. Європейська Хартія прав пацієнтів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf

Туницький С.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ГОСПОДАРЬСЬКОГО ОБІГУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ В УКРАЇНІ

Здоров'я населення є одним із основних пріоритетів діяльності держави, показником соціально-економічного добробуту країни. Для виконання таких завдань є необхідним вирішення та дослідження питання особливостей господарського обігу медичних виробів в Україні. Однак, забезпечення населення медичними засобами належної якості можливе лише завдяки встановленню чіткого правового регулювання виробництва й торгівлі медичними засобами.

Взагалі, для того щоб почати дослідження, потрібно визначити, що саме можна вважати медичним виробом. Згідно з вітчизняним законодавством, а саме пункту 2 Постанови КМУ «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів», медичний виріб – будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, що застосовуються як окремо, так і в поєднанні між собою (включаючи програмне забезпечення, передбачене виробником для застосування спеціально для діагностичних та/або терапевтичних цілей та необхідне для належного функціонування медичного виробу), призначені виробником для застосування з метою забезпечення діагностики, профілактики, моніторингу, лікування або полегшення перебігу хвороби пацієнта в разі захворювання, діагностики, моніторингу, лікування, полегшення стану пацієнта в разі травми чи інвалідності або їх компенсації, дослідження, заміни, видозмінювання або підтримування анатомії чи фізіологічного процесу, контролю процесу запліднення та основна передбачувана дія яких в організмі або на організм людини не досягається за допомогою фармакологічних, імунологічних або метаболічних засобів, але функціонування яких такі засоби можуть сприяти.

Законодавча і нормативно-технічна документація на медичні вироби повинна постійно вдосконалюватись та своєчасно поновлюватись з метою заміни застарілих показників якості відповідно до потреб сьогодення.

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють обіг медичних виробів, є: Закон України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності» від 15.01.2015.; Закон України «Про стандартизацію» від 17.05.2001 р. № 2408-III, Постанови Кабінету Міністрів України: «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів» від 2 жовтня 2013 р. № 753; «Про деякі питання здійснення державного контролю якості лікарських засобів» від 17.03.2010 р. № 275. Накази Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України «Про затвердження Переліку медичних виробів, що підлягають державній реєстрації (перереєстрації) в Україні» від 06.05.2010 р. № 51; «Про затвердження Правил проведення клінічних випробувань медичної техніки та виробів медичного призначення і типового положення про комісію з питань етики» від 14.05.2010 р. № 56; «Про

затвердження Порядку ввезення на митну територію України незареєстрованих медичних виробів» від 16.06.2010 р. № 112 [1, с.17].

Сьогодні у сфері медичних виробів чинними є такі стандарти: ДСТУ 3627:2005 „Вироби медичні. Розроблення і ставлення на виробництво. Основні положення”; ДСТУ 4388:2005 „Вироби медичні. Класифікація залежно від потенційного ризику застосування. Загальні вимоги”; ДСТУ 4659-1:2006 „Клінічні дослідження медичних виробів для людей. Частина 1. Загальні вимоги (ISO 14155-1:2003)”; ДСТУ 4659-2:2006 „Клінічні дослідження медичних виробів для людей. Частина 2. Плани клінічного дослідження (ISO 14155-2:2003)”; ДСТУ ISO 13485:2005 „Вироби медичні. Системи управління якістю” [1, с.17-18].

Як зазначає науковець Є.О. Коротич, введення в обіг та/або в експлуатацію медичних виробів дозволяється тільки в разі, коли вони повністю відповідають вимогам технічних регламентів, за умови належного постачання, встановлення, технічного обслуговування та застосування їх за призначенням. Вказані характеристики медичних виробів як товарів свідчать про те, що результати господарської діяльності з їх виробництва та торгівлі можуть суттєво впливати на здоров'я і життя споживачів даних товарів, а тому потребують встановлення для суб'єктів господарювання, що їх здійснюють, більш жорстких правил провадження даних видів діяльності порівняно з іншими видами господарювання. Порівнюючи дані види господарської діяльності з виробництвом та торгівлею лікарськими засобами, слід зазначити, що дистанційна торгівля лікарськими засобами (через мережу інтернет, з використанням пошти чи кур'єрської служби доставки) законодавством заборонена. Разом з тим таких обмежень щодо торгівлі медичними виробами законодавство України не містить. На нашу думку, зважаючи на безпосередній вплив застосування медичних виробів на життя та здоров'я людей, а також враховуючи підвищену небезпеку, пов'язану із розповсюдженням дистанційно фальсифікованих медичних виробів, дану вимогу законодавця варто поширити також і на медичні вироби. Адже наслідки використання неякісного медичного виробу можуть мати навіть більш негативний вплив на здоров'я та життя споживачів, ніж застосування деяких лікарських засобів [2, с.123].

Не можна не погодитись з думкою вченого Л. П. Оверчука, що основним інструментом державного контролю якості медичної продукції є контроль розробки і впровадження у серійне виробництво вітчизняних виробів, організація експертизи та випробувань НВП вітчизняного і зарубіжного виробництва на відповідність встановленим вимогам безпеки, якості, ефективності [3, с.115].

Як і лікарські засоби, вироби медичного призначення і медичну техніку умовно слід розглядати на предметному (матеріальному) рівні і на рівні правового режиму обігу. На матеріальному рівні вироби медичного призначення і медична техніка розглядаються як об'єкти майнових прав і визначається їх співвідношення. Матеріальний вираз має основне значення у курсі відносин держав них закупівель, адже в конкурсній документації зазна чается їх речова форма, наприклад обладнання, інструменти, апарати. Визначеність на предметному рівні дозволить здійснювати ефективне і диференційоване державне регулювання, зокрема шляхом створення уніфікованого переліку виробів медичного призначення, медичної техніки, що можуть становити предмет держав них закупівель чи в цілях цінового регулювання [3, с. 194].

Отже, господарський обіг медичних виробів в Україні має надзвичайно важливе значення для нормального функціонування системи охорони здоров'я населення. Особливу увагу потрібно приділяти державному регулюванню виробництва і обігу медичних виробів, належному правовому регулюванню діяльності суб'єктів господарювання, що здійснюють виробництво і торгівлю цими виробами.

Література:

1. Демчук Л.В., Байцар Р.І. Забезпечення якості виробництва та обігу медичних виробів [електронний ресурс].- режим доступу:
<http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/21478/1/4-17-22.pdf>
2. Коротич Є.О. Особливості правового статусу суб'єктів господарювання, що виробляють та здійснюють торгівлю медичними засобами // Право і суспільство.- № 6-2 / 2013.- с. 122-126
3. Оверчук Л. П. Комплексний аналіз факторів, що впливають на експертизу виробів медичного призначення // Економіка та держава. – № 4/2012.- с.115-118
4. Олефір А.О. Вироби медичного призначення і медична техніка як предмет державних закупівель у сфері охорони здоров'я // Вісник Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого. – 2011. – № 2 (5). – с. 189-197.

Тунік М.М.,

студент 33 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПРОБЛЕМ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗАХИСТУ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Погіршення здоров'я населення, зменшення середньої тривалості життя, високі показники смертності, нерівність у доступності медичної допомоги є наслідком низького рівня соціального захисту працівників закладів охорони здоров'я. Медичний працівник повинен в умовах реформування та євроінтеграції української держави отримати дієву мотивацію та підтримку, достатнє матеріальне забезпечення. Гострота цієї проблеми обумовлена наступними головними чинниками:

– забюрократизована система управління у сфері безпосереднього управління закладами охорони здоров'я;

– недостатнє фінансування медичних закладів та низька заробітна плата;

– недосконале кадрове забезпечення, оскільки існують проблеми якості освіти та підвищення кваліфікації працівників, медичні професії є непрестижними за рівнем офіційних доходів і соціальними гарантіями.

Забезпечити необхідний рівень соціальних і правових гарантій медичних працівників, узаконити їхні права на такі умови професійної діяльності, які не перешкоджали б виконанню їх суспільного обов'язку, повернути престижність професії – це нагальні проблеми, що потребують невідкладного вирішення. Першим кроком до цього стало прийняття у першому читанні 20 травня 2015 року Верховною Радою України проекту Закону «Про внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 10.12.15 № 1332. Документ доповнює статтю 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я положеннями, згідно з якими медичним і фармацевтичним працівникам надається право на отримання:

– щомісячної надбавки за вислугу років у відсотках посадового окладу залежно від стажу роботи у сфері охорони здоров'я;

- щорічної грошової винагороди в розмірі одного посадового окладу за сумлінну працю, зразкове виконання службових обов'язків;
- допомоги на оздоровлення в розмірі місячного посадового окладу при наданні щорічної відпустки;
- щомісячної доплати в розмірі 25 відсотків посадового за роботу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості та селищах міського типу[1].

Чи не найголовніше місце в системі управління медичними закладами, зокрема і в захисті прав медичних працівників, займає керівник закладу охорони здоров'я. Відповідно до трудового законодавства обов'язок забезпечення умов праці лежить на працедавцеві, тобто на керівнику медичного закладу. Він повинен володіти відповідним рівнем знань не лише в галузі медицини, а й з основ менеджменту, маркетингу, управління персоналом, управління проектами, бізнес-адміністрування, права та багато іншого [2]. В умовах реформування суспільства та його адаптації до європейських стандартів є велика потреба в спеціалістах у галузі управління, здатних до глибокого розуміння новітніх тенденцій у сфері охорони здоров'я, готових до кардинальних змін та їх впровадження в підконтрольні медичні заклади. Як зазначає О. Мусій, вирішенню цих питань сприятиме розробка механізмів підготовки та впровадження системи підвищення кваліфікації лікарів, що, своєю чергою, зумовлює необхідність надання якісної післядипломної освіти керівному складу медичних закладів[3].

Обов'язковим є громадський контроль за додержанням законодавства про охорону здоров'я зі сторони профспілок, зокрема щодо створення безпечних та нешкідливих умов праці, належних виробничих та санітарно-побутових умов, забезпечення працівників спецодягом, спецвзуттям та іншими засобами індивідуального та колективного захисту[4]. Це повинно стати гарантією цільового використання бюджетних коштів суб'єктами управління закладами охорони здоров'я.

Ще однією проблемою є відсутність структурованого захисту медичних працівників, які працюють з хворими на соціально небезпечні хвороби, адже вони постійно піддаються ризику захворіти на інфекційні захворювання, такі як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити, сифіліс та інші. Підвищеного захисту потребують і лікарі швидкої та невідкладної допомоги, які постійно знаходяться під негативним впливом на психологічний стан через напружений графік роботи та участь у різного роду надзвичайних ситуаціях.

Зважаючи на вищевикладене, можна сказати, що забезпечення захисту прав медичних працівників має багато проблем, що потребують негайного вирішення. Влада нашої держави повинна активніше реагувати на потреби однієї з найважливіших категорій працівників – робітників сфери охорони здоров'я, адже від них залежить стан всього суспільства.

Література:

1. Проект Закону про внесення змін до Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” (щодо соціальних гарантій працівників охорони здоров'я) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=52796
2. Винничук Р. Стан та перспективи державного регулювання якості післядипломної освіти керівників закладів охорони здоров'я/ Р. Винничук, І. Куцин// На-

уковий вісник «Демократичне врядування». – 2011. – Випуск № 8 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.lvivacademy.com/visnik8/fail/Vynnychuk.pdf>.

3. Мусій О. Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sftul.org/analiz-stanu>.

4. Закон України “Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності” від 15 вересня 1999 р. // ВВР України. – 1999. – № 45.

Убийвовк В.І.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННІ ЕЛЕКТРОННИХ РЕЦЕПТІВ

Актуальність даного дослідження зумовлена перш за все тим, що наразі доволі таки швидко збільшується та розповсюджується практика запровадження у багатьох медичних системах зарубіжних країн електронних рецептів. Це зумовлено тим, що електронний рецепт (далі – ЕР) є досить ефективним способом для реалізації громадян своїх медичних прав. Адже, до переваг такого рецепту можна віднести: 1) значна економія робочого часу лікаря внаслідок чого збільшується час для безпосереднього лікування пацієнтів 2) оперативність надходження рецептів до аптек, 3) ефективне використання інформативної бази щодо обігу ЛЗ тощо.

Для України така потреба є особливо нагальною, адже на сучасному етапі розвитку медичного права спостерігається певна тенденція до реформатизації, вдосконалення та наближення до європейських зразків медичного права. Така тенденція підтверджується зокрема прийнятим та ухваленим нещодавно Законом України «Про електронну комерцію» від 3.09.2015 р., за яким, як зазначено на порталі офіційного інтернет-представництва Президента України Петра Порошенка: «будуть запроваджені певні правові вимоги та механізми дистанційного укладення й виконання правочинів із застосуванням електронних інформаційно-комунікаційних засобів і технологій, що дасть можливість гарантувати законність, прозорість та достовірність таких операцій та, в свою чергу, прискорить інтеграційні процеси у світовий інформаційний простір» [9, с.1], зокрема це стосується і сфери медичного права.

Варто зазначити, що положення даного закону досить поверхово зачіпають суспільні відносини щодо становлення та впровадження електронної системи, зокрема і ЕР в Україні, однак він встановлює загальні поняття та зобов'язання сторін щодо електронної системи інформування та забезпечення електронних відносин взагалі, що не може не бути важливим з огляду на правове закріплення ЕР. Так, відповідно до вступного положення: «Закон визначає організаційно-правові засади здійснення електронної комерції в Україні та регулює відносини, що виникають під час укладення й виконання правочинів, вчинених в електронній формі із застосуванням інформаційно-телекомунікаційних систем» [1, с.1].

Також, не можливо не звернути свою увагу на положення загальної частини чинної «Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні» схваленої розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.05.2013 р., а саме пункту 9, де надане визначення поняття електронної медицини під яким слід розуміти: «діяльність з використанням електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення оперативного доступу медичних працівників та пацієнтів до них» [2, с.1], з огляду на що, можна вести мову про те, що правове регулювання елек-

тронної медицини хоч поверхово, однак закріплено на нормативно-правовому рівні нашого законодавства, що не можна не сказати про нормативно-правове визначення ЕР, яке наразі, на жаль відсутнє в законодавстві України.

Перш ніж перейти до розгляду питання щодо безпосереднього зарубіжного досвіду запровадження електронних рецептів, варто надати йому певного визначення. Отже, електронний рецепт (digital prescription) є електронним медичним документом у вигляді припису чи вимоги лікувально – профілактичного закладу (ЛПЗ) до аптеки щодо відпуску відповідних ЛЗ. Надзвичайно важливим є те, що ЕР забезпечується електронним підписом лікаря, що дозволяє його ідентифікацію [5, с.26].

На думку Парновського Б.Л., Заліської О.М, Бойко А.І та ряду інших вчених науковців у медичній сфері, у ХХІ ст. дійсно спостерігається світова тенденція широкого використання електронних рецептів адже досвід провідних країн світу свідчить про фармакоеконімічні вигоди від електронного призначення ЛЗ, коли за допомогою Інтернету точно, без помилок і зрозуміло виписаний друкованим способом рецепт безпосередньо від лікаря передається в аптеку. Так, у США в 2003 році вимоги щодо електронної системи призначень ліків було включено у Закон про модернізацію медичної допомоги Medicare (ММА). У 2006 р. Інститут медицини США констатував, що використання електронних рецептів забезпечило: скорочення помилок у призначенні та їх корекцію з участю провізорів (фармацевтів); підвищення обізнаності лікарів про електронне виписування ліків; покращення безпечності лікування хворих; скорочення витрат на призначення ліків [7, с.46].

У свою чергу, в Австралії вже у 1997 р. 15 % лікарів використовували комп'ютер для виписування рецептів, у Греції в серпні 2010 р. ухвалено закон про електронну подачу медичних рецептів та вимог, яким започатковано електронний обіг рецептів у цій країні; з 2011 р. Міністерство комунікацій та інформаційного суспільства Румунії започаткувало проект з упровадження електронних медичних карт та електронних рецептів (Dosarul Electronic al Pacientului, DES); лікарняна каса «Клаліт» (Ізраїль) у червні 2011 р. уперше надасть хронічно хворим можливість отримувати профільні препарати в аптеках за допомогою електронного рецепта, виписаного лікарем через Інтернет [4, с.28].

Економічний характер запровадження таких рецептів досить яскраво зображений на досвіді запровадження Хорватії, де було впроваджено електронні картки пацієнтів, електронна рецептура й електронні направлення лікарів, що у підсумку дало змогу економити 1 млн. євро на рік лише на канцелярських товарах. А кількість контактів пацієнтів із лікарями і взагалі із системою охорони здоров'я таким чином взагалі вдалося зменшити втричі [3, с.10-11].

Отже, як вже було вище зазначено, проблема щодо запровадження електронних рецептів залишається все ще актуальною, хоча і перші спроби до цього вже є. Мабуть, доцільно було б, з огляду на наведений в роботі зарубіжний досвід провідних європейських та зарубіжних країн перейняти деякий досвід для України. Одним із шляхів вирішення даної проблеми, для широкого впровадження електронних рецептів, на думку Бойко А. І. та Парновського Б.Л. є необхідна адаптація вітчизняного законодавства, що регулює виписування рецептів та відпуск ліків, фінансування витрат на придбання, реалізацію та підтримку систем електронного рецептурного обігу, опрацювання питань інформаційного захисту та конфіденційності медичної та фармацевтичної інформації, навчання спеціалістів медицини та фармацевції з питань інформатизації рецептурного обігу лікарських засобів [6, с. 102].

Література:

1. Проект Закону України «Про електронну комерцію» від 17.06.2013 р. // Офіційний веб-портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=47409.
2. Стратегія розвитку інформаційного суспільства в Україні схвалена розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 15.05.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-%D1%80>.
3. Короленко В. Електронна медицина: надмірний тягар чи рятувальний круг? // Ваше здоров'я. – 2014. – №18-19. – С. 10-11.
4. Бойко А.І, Парновський Б.Л. Електронні рецепти: стан та перспективи використання // Новини медицини і фармації. – 2012. – №4 (402). – С. 28-29.
5. Немченко А.С., Терещенко Л.В., Тетерич Н. В. Наукове узагальнення світового досвіду впровадження новітніх технологій з електронної рецептури // Клінічна фармація. – 2012. – № 4. – С. 25-30.
6. Бойко А. І., Парновський Б.Л. Результати експерименту з впровадження електронних рецептів на регіональному // Фармацевтичний часопис. – 2014. – № 1. – С. 98-102.
7. Парновський Б.Л., Заліська О.М, Бойко А.І, Рев'яцький І.Ю., Слабий М.В., Яцкова Г.Ю., Максимович Н.М. Дослідження з експериментального впровадження електронних рецептів в Україні // Фармацевтичний часопис. – 2015. – № 1. – С. 46-50.
8. Радучький М. У Києві планується запровадити єдину електронну медичну систему// Офіційний інтернет-портал Київської міської державної адміністрації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://kievcity.gov.ua/news/22418.html>.
9. Президент підписав Закон «Про електронну комерцію» // Офіційне інтернет-представництво Президента України Петра Порошенка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/news/prezident-pidpisav-zakon-pro-elektronnu-kommerciyu-36022>.

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

Улізько Є.С.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМА ЗАСТОСУВАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ СТЯГНЕНЬ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ СФЕРІ

Ефективне функціонування фармацевтичної галузі неможливе без налагодженої системи юридичної відповідальності. Для створення надійних засад регулювання процесу виробництва та реалізації лікарських засобів необхідне існування всіх видів юридичної відповідальності. Та особливо важливе місце тут посідає адміністративна відповідальність, головним призначенням якої є попередження та недопущення заповднення значної шкоди охоронюваним законом цінностям і, перш за все, здоров'ю людини.

Адміністративна відповідальність має характерну особливість – надзвичайно широкий правовий аспект регульованих суспільних відносин. Норми адміністративного права регулюють, а у певних випадках і охороняють відносини у багатьох галузях суспільного життя, у тому числі у фармацевтичній сфері як одній зі складових галузі охорони здоров'я.

Фармацевтична сфера є категорією комплексною, оскільки охоплює як матеріальне виробництво (фармацевтичну промисловість), так і соціальні питання сфери нематеріальної, враховуючи, що фармація є складовою охорони здоров'я.

«Фармацевтична сфера» – це складова частина національної системи охорони здоров'я, яка являє собою діяльність господарюючих конкретних суб'єктів (фармацевтичні підприємства, наукові установи, лабораторії, аптечні мережі тощо), пов'язану з виробництвом, зберіганням та розповсюдженням лікарських засобів та виробів медичного призначення, з метою належного забезпечення медико-профілактичних закладів та населення якісними та доступними лікарськими засобами задля збереження та підтримання здоров'я населення[1].

Підтверджує межу застосування інституту адміністративної відповідальності за фармацевтичні правопорушення аналіз окремих статей Кодексу України про адміністративні правопорушення (надалі – КУпАП).

Зокрема, глава 5 розділу II Особливої частини КУпАП «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» включає притягнення до адміністративної відповідальності, зокрема, за порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1).

Відомо, що у фармацевтичній сфері можуть вчинятися також адміністративні правопорушення, які безпосередньо пов'язані із процесом виробництва, транспортування та реалізації лікарських засобів, тобто правопорушення, передбачені главою 13 КУпАП «Адміністративні правопорушення в галузі стандартизації, якості продукції, метрології та сертифікації»: випуск і реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 167); випуск у продаж нестандартної продукції (ст. 168); виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил (ст. 168-1); передача замовнику або у виробництво документації, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 169); недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (ст. 170) та ін. У главі 15 КУпАП «Адміністративні правопорушення, що посягають на встановлений порядок управління» передбачена відповідальність за невиконання законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188–10).

Державну нормотворчу політику у сфері обігу лікарських засобів можна поділити на дві частини: до першої частини ми віднесемо створення нормативних актів, якими регулюються вимоги створення, виробництва та обігу лікарських засобів, а до другої частини – створення нормативних актів та відповідних механізмів щодо контролю за ефективністю та безпекою лікарських засобів.

Державний контроль якості лікарських засобів здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством України.

Отже, шляхом встановлення державних стандартів якості, ліцензійних умов виробництва лікарських засобів, вимог для реєстрації лікарських засобів, перевірки суб'єктів господарської діяльності під час виробництва, зберігання, транспортування та реалізації лікарських засобів, держава намагається мінімізувати вихід на фармацевтичний ринок неякісних ліків[2].

Кодексом про адміністративні правопорушення (ст. 167) передбачена відповідальність за випуск або реалізацію продукції, яка не відповідає вимогам стандартів, сертифікатів відповідності, норм, правил і зразків (еталонів) щодо якості, комплектності та упаковки, у вигляді накладення штрафу на посадових осіб підприємств,

установ, організацій незалежно від форм власності, громадян-власників підприємств чи уповноважених ними осіб від трьох до вісімдесяти восьми неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Крім притягнення до адміністративної відповідальності в разі виявлення порушення законодавства України стосовно якості лікарських засобів Держлікинспекція також наділена деякими спеціальними повноваженнями щодо накладення адміністративно-господарських санкцій:

- анулювання ліцензій на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі такими засобами, відповідних дозволів та сертифікатів;
- вилучення з обігу та заборону виробництва, реалізації лікарських засобів і медичної продукції, що не відповідають вимогам, визначеним нормативно-правовими актами та нормативними документами, а також тих, що ввозяться на територію України та вивозяться з території України з порушенням установленого законодавством порядку.

Перспективи вирішення суперечок щодо притягнення до відповідальності виробників за шкоду, завдану недоброякісними лікарськими засобами, досить туманні. По-перше, проблему складає те, що зазначені відносини не врегульовані повністю нормативними актами. По-друге, існують серйозні труднощі із доказовою базою. Довести відповідальність саме виробника за завдану шкоду здоров'ю споживача недоброякісними лікарськими засобами буде дуже складно. А вже суду потрібно буде встановити в результаті чого була завдана шкода: чи це результат побічного явища лікарського засобу, чи неправильного призначення засобу, або його дози тощо. Тобто, встановити причинно-наслідковий зв'язок між застосуванням лікарського засобу та побічними явищами, що призвели до ушкодження здоров'я досить складно. Крім того, потрібно буде встановити чи є побічне явище лікарського засобу допустимим, тобто таким, що є незначним порівняно із корисними властивостями самого лікарського засобу.

З іншого боку, мабуть, лише із напрацюванням відповідної судової практики будуть вироблені підходи щодо вирішення зазначених питань.

Література:

1. Алексеев О.Г. Анализ та співвідношення термінів «фармацевтична галузь» та «фармацевтична сфера» як об'єктів адміністративно-правової охорони. Адвокат. – 2010.- №8.

2. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія. – Тернопіль: «Економічна думка», 2010 – 460 с

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

*Устименко Д.,
студент 44 групи
ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА В СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН ЛЮДИНИ

Людство досягло значних успіхів в розвитку медицини, але нові можливості призвели не тільки до покращення надання медичної допомоги, рятування тисяч людей, але й до негативних процесів, суперечок в морально-етичному полі, навіть скоєння злочинів та інших наслідків. Одним із нових прогресивних методів лікування на сьогоднішній день є трансплантація органів і тканин людини. Це питання є досить актуальним на сьогодні, оскільки поряд з тим, що даний метод дозволяє врятувати життя, та без належного правового регулювання він не може втілити в життя весь свій потенціал, а навіть може стати інструментом вчинення злочинів проти життя та здоров'я особи.

Правову основу відносин трансплантології в Україні становить система законів, підзаконних нормативно-правових, а також міжнародно-правових актів, що регулюють відносини даної сфери. Потреба у досконалішій правовій базі пов'язана, насамперед, із особливими відносинами між донором і реципієнтом, специфіка яких полягає у рівному для кожного з них праві на життя. Гарантія основних прав і свобод людини та громадянина, передусім права на життя, є показником цивілізованості держави, тому в розвинутих країнах здійснення трансплантації органів і тканин регулюється відповідними правовими актами [1, с.81].

Трансплантацію органів і тканин людини в Україні на сьогодні регулюють: «*Основи законодавства України про охорону здоров'я*» від 19 листопада 1992 р., Закон України «*Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині*» від 16 липня 1999 р., «*Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин*» від 24 січня 2002 р., *Постанова Кабінету міністрів України про «Деякі питання реалізації Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині»»* від 24 квітня 2000 р., *Постанова Кабінету міністрів України «Про внесення змін до переліку державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людини»* від 28 травня 2008 р., та інші [2, с. 207].

З числа міжнародних нормативно правових актів котрі регулюють питання проведення трансплантації слід виділити такі як Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 4 квітня 1997 року; Положення про трансплантацію фетальних тканин, прийняте на 41 й Всесвітній медичинській асамблеї у вересні 1989 року; Декларація стосовно трансплантації людських органів, прийнята на 39 й Всесвітній медичинській асамблеї у жовтні 1987 р.; «*Основні принципи трансплантації органів людини*» прийняті Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1991 р. [3, с. 234 – 235]

Відповідно до ст. 1 Закону України «*Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині*», трансплантація – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини. Діяльність, пов'язану із трансплантацією в Україні, можуть здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку дер-

жавні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи згідно з переліком, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

На підставі аналізу чинного законодавства можна виділити такі види трансплантації: 1) ауто трансплантація – можливість пересадки власних органів або тканин одного організму, наприклад пересадки власної шкіри з однієї поверхні тіла на іншу у випадках отримання опіків, або використання частин власних кісток для пластичних операцій; 2) ізотрансплантація – пересадку анатомічних матеріалів між генетично близькими організмами (наприклад пересадку органів або тканин між близькими генетично-спорідненими родичами); 3) гомотрансплантація (аллотрансплантація) – пересадка органів або тканин між організмами, які належать одному виду, з використанням анатомічних матеріалів тваринного походження; 4) ксено трансплантація – пересадка анатомічних матеріалів та взяття анатомічних матеріалів тваринного походження; 5) трансплантація фетальних матеріалів та взяття анатомічних матеріалів у померлих осіб [2, с. 207].

Питання трансплантації доцільно розглядати, як два окремі суб'єктивні права людини: право на донорство та право на трансплантацію, адже правове забезпечення відносин при реалізації кожного з цих прав може характеризуватися своїми особливостями.

Для повного висвітлення цього питання доцільно звернутися до зарубіжного досвіду щодо трансплантації органів і тканин людини, що дає можливість виділити дві моделі регулювання донорства органів і тканин від померлих осіб, так звана «презумпція згоди» та «презумпція негоди». «Презумпція згоди» також відома в юридичній літературі як «передбачувана згода», або «модель заперечення». Вона стосується осіб що померли, відповідно до неї вилучення і використання органів від померлого здійснюється у випадку, якщо померлий за життя не висловлював заперечень проти цього або якщо заперечення не висловлюють його родичі чи законні представники. Ці умови приймаються як підстава для того, щоб вважати людину і її родичів згідними на донорство органів. Що ж до другої моделі, а саме «презумпції незгоди» то вона означає, якщо до своєї смерті померлий явно не заявляв про свою згоду на вилучення органу (органів) або члени його сім'ї чітко виражають незгоду на такі дії у тому випадку, коли померлий не залишив подібної заяви. У таких випадках відсутність згоди розглядається як відмова від трансплантації. Відповідно до цього принципу передбачається, що кожна людина заздалегідь незгодна з тим, що її органи буде пересаджено іншій людині. На сьогоднішній день в Україні діє саме «презумпція незгоди», яка передбачена ст. 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» [4, с. 207].

Доцільно наголосити на тому, що всі основні міжнародні документи, які регламентують питання трансплантації органів і тканин, передбачають заборону комерціалізації пересадок. Так, у п. 8 Декларації про трансплантацію органів людини 1987 р., проголошено: «Засуджується купівля і продаж людських органів для трансплантації». У Положенні про торгівлю живими органами 1985 р. зазначено, що Всесвітня медична асоціація засуджує придбання і продаж людських органів для трансплантації. Конвенція про права людини і біомедицину 1997 р. містить у ст. 21 положення про те, що тіло людини і його частини не повинні бути джерелом отримання фінансової вигоди [1, с. 82].

Отже, правове регулювання трансплантації органів і тканин людини є дуже важливим питанням, яке потребує особливо ретельного підходу, і виправдану є

нагальна потреба та необхідність приведення українського законодавства у відповідність до міжнародних стандартів з метою збереження життя та здоров'я людини, які відповідно до Основного Закону визнаються найвищою соціальною цінністю. Зокрема, введення презумпції згоди дало б можливість покращити ситуацію з наявністю донорських органів і тканин, але такий крок буде виправданий лише після подолання корупційної системи та підвищення рівня цивілізованості нашої країни, а без цього призведе до масштабних зловживань і прогресування чорного ринку трансплантантів.

Література:

1. Герц А.А. Особливості цивільно-правового регулювання трансплантології в Україні / Герц О.О. // Право і суспільство. – №4/2015. – с. 80-85
2. Дунаєвська Л. Г. Лушпінко В. М. Трансплантація органів і тканин людини: правовий та криміналістичний аналіз // Вісник НТУУ«КПІ» Політологія. Соціологія. Право.- Випуск 2(14) 2012. –с. 206-209
3. Пинченко Б.Ю. Дискусійні аспекти надання згоди на донорство органів і тканини для трансплантації / Пинченко Б.Ю. // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення. Матеріали II Всеукраїнської науково практичної конференції 17–18.04.2008, м. Львів. – с. 234-239
4. Гринчак С.В. Незаконна трансплантація: аналіз складу злочину / Сучасне українське медичне право: Монографія / За заг. ред.. С.Г. Стеценка. – К.: Атіка, 2010. – с. 130-153.

Фаражалла Н.А.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

**УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ
У СФЕРІ ДОГЛЯДУ ЗА НОВОНАРОДЖЕНИМИ**

У зв'язку з переходом України від 01.01.2007 на критерії ВОЗ, щодо реєстрації перинатального періоду, а саме : передчасні пологи реєструються з повних 22-х тижнів вагітності, новонароджена дитина – з 500 г маси тіла при народженні.

Виходжування таких дітей потребує інтенсивної терапії в спеціалізованих перинатальних та неонатальних центрах III-го рівня допомоги. а також виникає необхідність в оснащенні їх сучасним медичним обладнанням і наявності кваліфікаваного персоналу. З огляду на це слід зазначити, що обладнання і досвіду для догляду за новонародженими з масою тіла 500 г. в Україні бракує, а відповідальність у разі смерті такої дитини несе лікар. Все це зумовлює потребу у доповненні і створенні нормативної бази, яка б максимально досконало регулювала механізм притягнення лікаря до відповідальності у разі смерті недоношеного немовля та виключала можливість притягнення до відповідальності у випадках коли лікар не міг з об'єктивних обставин надати допомогу такій дитині.

Всі діти з дуже малою масою тіла та екстремально малою масою тіла потребують спеціалізованої неонатологічної допомоги в лікувально-профілактичних закладах III-го рівня, а саме у відділеннях інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей обласних дитячих лікарень із забезпеченням відповідних умов транспортування. Найкращим методом транспортування плода є транспортування in utero (в утробі матері) до перинатального центру в разі загрози передчасних пологів в терміні менш ніж 32 тижні вагітності. Діти з дуже малою та екстремально

малою масою тіла потребують ретельного медичного спостереження на рівні обласного закладу охорони здоров'я матері та дитини з організацією кагамнестичного та реабілітаційного відділення для недоношених дітей та новонароджених з важкою перинатальною патологією. Медичне спостереження та лікувально-профілактичне супроводження дитини з дуже малою масою тіла та екстремально малою масою має проводитись щонайменше перші 3 роки життя залежно від перинатальних проблем, стану здоров'я та розвитку дитини. Основні проблеми, що виникають у дітей з дуже малою та екстремально малою масою тіла: 1. Дихальні розлади 2. Гіпотермія 3. Внутрішньо-шлункові крововиливи 4. Перивентрикулярна лейкомаляція 5. Сепсис 6. Внутрішньоутробні інфекції 7. Гіпоглікемія 8. Некротичний ентероколіт 9. Бронхо-легенева дисплазія 10. Відкрита артеріальна протока 11. Анемія 12. Регінопатія 13. Ураження слуху 14. Затримка психоемоційного розвитку.

До сучасних технологій респіраторної підтримки у дітей з дуже малою масою тіла відносяться: • Рання респіраторна підтримка із застосуванням nCPAP-терапії через назальні канюлі, що дозволяє запобігти в 60% випадків проведення ендотрахеальної інтубації та штучної вентиляції легень • Неінвазивна вентиляція легень, застосування якої дозволяє зменшити питому вагу ендотрахеальної інтубації та штучної вентиляції легень у недоношених дітей • Своєчасне переведення дитини на штучну вентиляцію легень за клінічними показаннями та в разі відсутності клінічного ефекту при проведенні nCPAP-терапії • Високочастотна штучна вентиляція легень у дітей з важкою перинатальною патологією (за показаннями) • Сурфактантна терапія з ендотрахеальним застосуванням препаратів натуральної сурфактанту • Сурфактантпротекторна терапія із застосуванням ліпосомальної форми препарату фосфатидилхоліну в комплексі з препаратами сурфактанту • Рентгенографія органів грудної клітки • Нейросонографія • Парентеральне та ентеральне харчування • Тепловий захист дитини • Кардіо-респіраторний моніторинг • Контроль газів крові.

Для фізіологічного постнатального розвитку, покращення результатів інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей з дуже та екстремально малою масою тіла особливе значення має забезпечення умов, наближених до внутрішньоутробних. Сучасні технології перинатального та неонатального догляду дозволяють обмежити інвазивні втручання та підтримувати умови, що певною мірою відповідають фізіологічним особливостям та потребам постнатального розвитку.

До основних принципів фізіологічного медичного догляду та виходжування дітей з дуже малою масою тіла відносяться: • обґрунтованість та безпечність медичних втручань • дотримання теплового захисту дитини з застосуванням сучасних технологій • ранній контакт з матір'ю • участь матері в догляді за новонародженими, які потребують інтенсивної терапії, в тому числі штучної вентиляції легень • раннє введення сурфактанту (за показаннями) • рання неінвазивна респіраторна підтримка з наданням переваги назальній CPAP терапії • ранній початок годування грудним молоком відповідно до клінічного стану дитини • парентеральна підтримка основними інгредієнтами (глюкоза, амінокислоти, жири емульсії, мікроелементи, вітаміни) • запобігання болю • захист від яскравого світла та шуму • фізіологічне позиціонування задля забезпечення флексорного положення.

Отже, результати і ефективність виходжування та інтенсивної терапії дітей з дуже малою масою тіла визначаються: • станом репродуктивного здоров'я матері • якістю пренатальної діагностики та спостереженням стану плода • причиною передчасних пологів • веденням передчасних пологів • забезпеченням ведення перед-

часних пологів в терміні 32 тижні та менше в обласних центрах охорони здоров'я матері та дитини, перинатальних центрах, які відповідають III-ьому рівню перинатальної допомоги • регіоналізацією перинатальної та неонатологічної допомоги • наявністю сучасного медичного та лабораторного обладнання, а саме інкубаторів для інтенсивного виходжування недоношених дітей, апаратів штучної вентиляції легенів, в тому числі неінвазивної вентиляції та CPAP-терапії, що відповідають фізіологічним особливостям організму новонародженої дитини, кардіореспіраторних моніторів, ламп фототерапії, аналізаторів газів крові, біохімічних аналізаторів тощо • оптимальним ентеральним та парентеральним харчуванням • наявністю кадрів та підготовкою медичного персоналу.

Надзвичайно важливе значення має післядипломне навчання лікарів та медичних сестер сучасним технологіям інтенсивної терапії та виходжування дітей з дуже малою масою тіла, зміна існуючих стереотипів медичної допомоги в разі передчасних пологів та виходжування дітей з дуже малою масою тіла.

Отже, вважаю за необхідність затвердити на нормативному рівні конкретні заклади, що можуть здійснювати діяльність пов'язану з народженням та виходжування дітей з малою масою тіла, чітко визначити критерій за яким лікар може бути допущений до прийняття пологів та виходжування дітей з малою масою тіла, забезпечити лікарів найновішими обладнанням та препаратами, створити науково дослідницький центр, який би займався дослідженнями питання виходжування недоношених новонароджених, розробляв нові методи, препарати та технології, проводив атестування лікарів на предмет спроможності догляду за такими дітьми. Всі ці заходи мають створити умови в яких лікар матиме достатній ресурс і вміння для догляду за дітьми з малою масою тіла, відповідальність лікаря у разі смерті новонародженого буде обрентована.

Література:

1. Наказ МОЗ України № 584 від 29.08.06 “Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні”.
2. Наказ МОЗ України № 179 від 29.03.2006 “Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженос та мертвонародженосі, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених”
3. Практичний посібник з неонатології за редакцією С.Г.Езутачана, Д.О. Добрянського, Львів-Детройт. – 2002
4. Рожденные слишком рано. Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов: ВОЗ-2012
5. Неонатология // Дж.Клоерті. – 2004 р.

Федорченко Д.В.,

студент 41 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ

ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОДАЖУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Завдяки технологізації різних сфер діяльності наразі активно розвивається такий вид продажу, як електронна комерція, і фармацевтичний простір не є виключенням. Поява нових форм дистанційної реалізації лікарських засобів (далі – ЛЗ) через інтернет-аптеки дозволяє особам з обмеженими фізичними можливостями мати доступ до медичних препаратів цілодобово, що забезпечує цій категорії населення

рівноправність у здійсненні таких правомочностей як доступ до важливої медичної інформації, яка стосується ЛЗ (інструкції, інші довідкові матеріали), а також спрощений порядок їх купівлі. Однак чи може бути потенційний споживач впевнений в подібній on-line системі торгівлі лікарськими засобами? Для надання відповіді ми проаналізували чинне вітчизняне законодавство і закордонний досвід.

Оскільки дистанційна реалізація лікарських засобів в Україні почала розвиватися відносно недавно, наукових досліджень стосовно даної теми майже не проводилось.

На сьогодні лідерами з продажу ЛЗ через Інтернет є США і Канада, а серед країн ЄС – Нідерланди [1, с. 57]. В українській правовій системі on-line продаж ЛЗ здійснювався до 2011 року. Наказом Міністерства охорони здоров'я № 723 від 31 жовтня 2011 року були затверджені нові Ліцензійні умови здійснення господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами, які перш за все стосувалися заборони дистанційної торгівлі лікарськими засобами, а також їх продажу поштою та через будь-які заклади, крім аптечних, та поза ними (абз. 3 п. 2. 6. II розділу). Тобто відтепер торгівля лікарськими засобами здійснюється виключно через аптечні заклади. Визначаючи що ж являють собою аптечні заклади у розумінні зазначеного нормативного акта, звертаємося до іншого, більш спеціалізованого. Маємо на увазі Наказ Міністерства охорони здоров'я № 385 від 28 жовтня 2002 року «Про затвердження переліків заклади охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», в п. 4 якого визначено, що аптечнимикладами є безпосередньо аптеки, їх структурні підрозділи, а також аптечні склади (бази). Однак, в ряді випадків положення щодо торгівлі ЛЗ виключно через аптечні заклади має свої винятки, а саме якщо у сільській місцевості відсутні аптеки або їх структурні підрозділи, то роздрібна торгівля лікарськими засобами здійснюється у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини працівниками цих закладів, які мають медичну освіту або на підставі договорів, укладених із ліцензіатом, що має ліцензію на роздрібну торгівлю лікарськими засобами. Виходячи з аналізу цих правових приписів, підсумовуємо, що МОЗ України своїм наказом однозначно заборонило всім суб'єктам господарювання здійснювати продаж ЛЗ через Інтернет. Незважаючи на цю імперативну норму, on-line аптеки не припинили свою діяльність. Тому вважаємо за доцільне визначити переваги і недоліки дистанційної реалізації ЛЗ.

Перевагами провадження такої діяльності є:

- 1) як вже наголошувалося, це спрощений порядок доступу як до самої інформації про ЛЗ, так і до процедури їх отримання;
- 2) наявність зручного для користування механізму вибору ЛЗ, тобто розміщення на інтернет-сторінці аптеки окремих розділів по різним категоріям захворювань;
- 3) факт вибору і придбання ЛЗ є конфіденційним.

До недоліків можемо віднести наступне:

- 1) складність контролю за такою діяльністю, який характеризується ускладненою процедурою її відстеження;
- 2) неможливості вирішення комплексу питань, пов'язаних з дотриманням правил відпуску ЛЗ і заборони на продаж рецептурних препаратів без рецепту;

3) неможливість попередження порушень, пов'язаних з вільним продажем наркотичних ЛЗ;

4) порушення режимів зберігання і якості ЛЗ при їх пересиланні;

5) загострення конкурентної боротьби між «реальними» та «віртуальними» аптеками, наслідком якої може бути недобросовісна конкуренція.

Найбільшим недоліком серед зазначених є порушення процедури забезпечення якості ЛЗ під час їх транспортування. У пп. 3.4.1 п. 3.4 Наказу Міністерства охорони здоров'я № 723 від 31 жовтня 2011 р. зазначений обов'язок ліцензіата забезпечити умови зберігання лікарських засобів. Такими умовами зберігання відповідно до нормативно-правового акта є: збереження їх належної якості, схоронності та цілісності, недопущення попадання на них пилу, атмосферних опадів і впливу сторонніх запахів, захист від пошкодження упаковки, розливання, забруднення, контамінації (змішування) з іншими лікарськими засобами або речовинами, а також дотримання температурних умов зберігання. Тому нові ліцензійні умови містять заборону на транспортування ЛЗ транспортом загального користування та поштою. А отже, досить популярний для багатьох інтернет-аптек спосіб доставки ЛЗ за допомогою поштових пересилань потрапляє під заборону, і єдиним можливим шляхом доставки залишаються лише кур'єрські послуги, які не кожна аптека може забезпечити.

Таким чином, дистанційна реалізація ЛЗ вже не є новацією і для України, оскільки одним з першочергових її завдань є підвищення якості надання фармацевтичної допомоги. Однак надання інтерактивних послуг у цій сфері гарантує лише спрощену процедуру отримання медичних препаратів, але не їх якість. Незважаючи на значний досвід роботи інтернет-аптек за кордоном, у вітчизняному національному правопорядку існує безліч проблемних питань, які досі не вирішені і є предметом постійних дискусій. Після прийняття нових ліцензійних умов, існування інтернет-аптек як окремих суб'єктів господарювання стало неможливим, бо реалізація ЛЗ через установи, що не відповідають цим умовам, заборонена.

Література:

1. Crawford S. Y. Internet pharmacy: issues of access, quality, costs, and regulation / S. Y. Crawford // J. Med. Syst. – 2003. – Vol. 27 (1). – P. 57–65.

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

Харченко Я.Є.,

студент 44 групи

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОВОДЖЕННЯ З ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ВІДХОДАМИ

Активний розвиток фармацевтичної галузі в Україні створює потенційну можливість утворення та накопичення відходів у значних кількостях, і як результат, відбувається забруднення навколишнього природного середовища, що негативно впливає на життя та здоров'я громадян. Наразі у зв'язку із відсутністю в Україні цілісної налагодженої системи поводження з відходами фармацевтичної галузі гостро постає питання належного правового забезпечення процесу утилізації та знищення забруднюючих фармацевтичних речовин.

Питання поводження з фармацевтичними відходами в Україні регулюється низкою законів та підзаконних актів, зокрема, Законом України «Про відходи» від 05.03.1998р. № 187/98-ВР, Законом України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996р.

№ 123/96-ВР, Законом України «Про охорону навколишнього природного середовища» від 25.06.1991р. № 1264-ХІІ, Наказом Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів» від 24.04.2015р. № 242, Наказом Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Правил проведення утилізації та знищення неякісних лікарських засобів, до складу яких входять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 19.03.1999 р. № 67/59.

Чинним законодавством України не закріплене поняття фармацевтичних відходів. У Базельській конвенції про контроль за транскордонним перевезенням небезпечних відходів та їх видаленням від 22.03.1989 р., у додатку I до категорії речовин, які підпадають під сферу регулювання цієї конвенції відносять медичні відходи лікарень, поліклінік та клінік, відходи виробництва та переробки фармацевтичної продукції, фармацевтичні товари, ліки та препарати, які не знайшли збуту або протерміновані, відходи виробництва, одержання та застосування біоцидів та фітофармацевтичних препаратів, які можна умовно назвати фармацевтичними відходами. Вищевказані речовини належать до так званого Жовтого переліку, й усі без винятку визначені як небезпечні [1, с. 195]. Згідно з тлумаченням Всесвітньої організації охорони здоров'я (1999 р.) фармацевтичні відходи – це складові медичних відходів, що включають протерміновані, не використовувані і забруднені лікарські засоби (у тому числі вакцини і сироватки), які потребують належного поводження. Цей термін також включає відходи фармацевтичного виробництва, пляшки, флакони і будь-який забруднений лікарськими засобами матеріал та лікарські засоби, які є непридатними для використання з інших причин (наприклад, недоброякісна і нерациональна гуманітарна допомога або зворотний відклик фармацевтичного виробника) [2, с. 86].

Потреба забезпечення поводження з відходами фармацевтичної галузі є нагальною, оскільки велика кількість лікарських засобів, виявлених у доквіллі, негативно впливає на ендокринну систему людини, може спричинити звикання і їх накопичення в організмі, що становить значну небезпеку для здоров'я людини. Лікарські засоби та їхні активні речовини постійно надходять у навколишнє природне середовище, зокрема у водні об'єкти та ґрунти, через очищені та неочищені каналізаційні стоки. Сучасні очисні споруди України, що побудовані у 60-х роках ХХ ст. не пристосовані до очистки стічних вод від фармацевтичних відходів, тому залишки лікарських засобів безперешкодно потрапляють у природні води і мають прямий вплив на рослини та тварин аквасистем. Велику загрозу для здоров'я жителів України становлять залишки фармацевтичних препаратів у питній воді, адже водопостачання понад 75% населення здійснюється з поверхневих вод. Постійне споживання такої води спричиняє звикання людського організму до певних ліків та їх накопичення, тому, в разі захворювання, процес лікування ускладнюється, загострюються хронічні хвороби, виникають алергічні реакції тощо [1, с. 195-196; 3, с. 143].

Тобто, з урахуванням зазначеного вище, необхідно: 1) розробити та впровадити комплекс стратегічних заходів у сфері поводження з фармацевтичними відходами; 2) розширити сучасну нормативну базу у сфері поводження з фармацевтичними відходами, закріпити на законодавчому рівні визначення поняття «фармацевтичні відходи»; 3) сприяти підняттю рівня свідомості та компетентності населення щодо негативного впливу відходів фармацевтичної галузі на здоров'я та навколишнє природне середовище шляхом інформування у засобах масової інформації про необхідність та шляхи утилізації фармацевтичних відходів.

Отже, проблема поводження з фармацевтичними відходами в Україні потребує належної регламентації. Наразі на законодавчому рівні врегульоване лише питання утилізації та знищення неякісних лікарських засобів фармацевтичних заводів та фабрик, однак відсутня цілісна система, яка могла б забезпечити всі етапи поводження з відходами цієї галузі. Відсутнє і законодавче визначення поняття «фармацевтичні відходи». Вирішення проблеми поводження з фармацевтичними відходами можливе лише за умови належної уваги на рівні держави до забезпечення нормативного врегулювання цієї групи відходів, створення системи управління фармацевтичними відходами, використання екологічно безпечних методів їх знешкодження та знищення.

Література:

1. Койнова І., Ковпак Д. Вплив фармацевтичних відходів на довкілля та проблеми поводження з ними / І. Койнова, Д. Ковпак // Вісник Львівського університету. Серія географічна. – 2009. – Вип. 36. – С. 194-199.

2. Сучасні аспекти фармацевтичної практики в Україні: колективна монографія; за наук. ред. Б.П. Громова / Громовик Б.П., Горілик А.В., Городецька І.Я., Грушковська Д.Т., Дацко А.Й., Дацко О.І., Корнієнко О.М., Левицька О.Р., Міненко П.-І.П., Мірошнікова І.О., Парамош О.В., Прокіп С.Є., Пузанова І.П., Саранчук В.М., Саранчук М.В., Унгурян Л.М., Ханик Н.Л., Чухрай І.Л., Ярмо Н.Б. – Львів : Ліга-Прес, 2014. – 386 с.

3. Пузанова І.П. До питання утилізації непридатних до медичного застосування лікарських засобів / І.П. Пузанова // Сучасні аспекти медицини і фармації Півдня України: матеріали наук.-практ. конф. – Одеса, 2013. – С.142-144.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М.В.

Хіцан Б.І.,

студент 3б групи

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

НЕДОЛІКИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ

Сьогодні в нашій країні питання вакцинації стоїть досить гостро. Насамперед, це пов'язано з непрозорістю проведення тендерів по державним закупівлям іноземної вакцини, частою відсутністю таких засобів в закладах охорони здоров'я, сумнівним державним регулюванням проведення загальної вакцинації і загалом питання "чи обов'язкове здійснення щеплення?". Адже відомо чимало випадків коли вакцинація закінчувалася летально, а відповідальності при цьому ніхто не ніс. Тому ми вважаємо за доцільне дослідження цього питання з юридичної точки зору. А саме в аспекті правового регулювання імунізації і проблем, які виникають на цьому підґрунті.

В суспільстві, останнім часом, все частіше піднімається тема вакцинації населення, відбувається обговорення проблем і шляхів їх вирішення. Провідні спеціалісти галузі наголошують на критичній ситуації, яка почала набирати оберти з кінця 2014 року і зараз продовжує розвиватися. Витоки цієї проблеми беруть початок ще перших років незалежності, коли не було закладено відповідну законодавчу базу, а з часом держава так і не вирішила старі проблеми, які дають про себе знати і сьогодні. Ми проаналізуємо низку недоліків в українському законодавстві, що стосуються теми вакцинації і надамо свої шляхи їх вирішення.

Перш за все необхідно звернути увагу на основу законодавства про вакцинацію. Неоднозначна ситуація на ринку вакцин спричинює масові відмови українців від проходження вакцинації. Отримання послуг у медичній сфері є справою добровільною, що, власне, встановлено на рівні Конституції України. Так, ст. 49 Основного Закону передбачає лише право особи на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Також зазначається, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Тобто законодавець не створив імперативної вимоги, яка б зобов'язувала особу піклуватися про своє здоров'я, тим самим забезпечуючи себе та інших від зараження і розповсюдження різних хвороб та інфекцій. До аналогічного висновку доходимо досліджуючи і “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, прийняті ще 15 грудня 1992 року, де вписані принципи добровільності прийняття медичної допомоги, за винятком випадків обов'язкового надання медичної допомоги. В той же час, дещо дискримінаційною на цьому фоні виглядає умова для отримання роботи на деяких підприємствах чи для вступу до ВНЗ про надання виписки, що підтверджує проходження вакцинації у певні періоди життя особи. Конституційний принцип добровільності діє до моменту вступу у вищий навчальний заклад чи виявлення бажання на зайняття певною роботою. Якщо батьки чи опікуни з різних причин не бажають, щоб їхня дитина піддавалась щепленню, то скоріше за все їх чекає відмова навчального закладу від прийому на навчання. І це лише один із прикладів, коли право особи на відмову від вакцинації стає перешкодою для її нормального розвитку і сприйняття з боку суспільства. Так, в законодавстві передбачений ряд випадків, коли щеплення є обов'язковим, наприклад, ст. 12 Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб” передбачає обов'язкові профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу. Проте, цей перелік є вичерпним і не охоплює всього спектру захворювань, що становлять велику небезпеку і мають властивість переростати в епідемії. Інші ж профілактичні щеплення проводять лише за згодою особи, а якщо мова іде про неповнолітнього, то за згодою батьків.

Наступною проблемою яку ми вбачаємо в сучасному законодавстві щодо вакцинації є, так званий, Календар щеплень, який був затверджений Наказом МОЗ №551 від 11.08.2014, а вступив в дію з 1 січня цього року. У ньому фахівці виділяють безліч суперечностей та недоліків. Так, наприклад, цей документ окрім шести обов'язкових щеплень, передбачених у законодавстві додає ще чотири щеплення для дітей в категорії “за віком” і “з порушенням цього Календаря”, тобто на загальному рівні законодавець передбачив вичерпний перелік обов'язкових щеплень, проте цей підзаконний нормативно-правовий акт встановлює додаткову обов'язкову імунізацію, яка не узгоджується із Законом.

Також незрозумілим є твердження про застосування комбінованих вакцин. Так, пункт 6 Загальних положень Календаря встановлює, що за наявності зареєстрованих комбінованих вакцин, до складу яких входять антигени, для профілактики інфекцій, визначених цим Календарем, вакцинація проводиться комбінованими вакцинами. Проте, немає уточнення де саме має бути наявна комбінована вакцина: у аптеці, державному закладі охорони здоров'я чи приватних закладах. До того ж, особа може відмовитись робити щеплення комбінованим препаратом, так як він, зазвичай, є не безкоштовним і вимагає додаткових витрат.

Ще одним із недоліків є недостатньо чітке відмежування категорій вакцинації «за віком» і «з порушенням Календаря», адже схема вакцинації дітей з порушенням Календаря суттєво відрізняється від схеми вакцинації за віком. Тому необхідно чітко сформулювати, яке відхилення від нормативних строків стає саме «порушенням».

Не менш важливою проблемою правового регулювання вакцинації в Україні ми вважаємо процедуру проведення тендерів по закупівлі відповідних препаратів. На думку спеціалістів у галузі вакцинації населення, процедура тендерних закупівель занадто затягнута. Як наслідок, це призводить до значного скорочення терміну придатності препаратів. Адже куплену вакцину необхідно використати максимально швидко або ж взагалі утилізувати. До того ж в силу відсутності належного матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я з'являються суттєві проблеми із зберіганням медичних препаратів. Сама ж вакцина транспортується у контейнерах, які розраховані на 20 доз, а після того як її відкрили, усі маніпуляції потрібно проводити відразу, в іншому ж випадку вакцина підлягає утилізації. Тому, коли мова йде про народження дітей у невеликих містах чи селах, де за день може народитись не більше 2-3 дітей, із контейнера використовують, відповідно, 2-3 дози, а решту необхідно утилізувати, що не вигідно для держави в економічному плані.

Варто додати, що з прийняттям деяких змін до законодавства стосовно вакцин іноземного виробництва, інфекційна ситуація в країні значно погіршилась. Адже раніше деякі вакцини закуповувались в Росії, а тепер, згідно з чинним законодавством, перереєстрації підлягають тільки препарати, що мають сертифікат GMP. Таким чином, препарати російського виробництва, які не мають такого сертифіката, не можна ані зареєструвати, ані перереєструвати, ані закуповувати в Україні. Такі зміни в нормативну базу одразу відгукнулись спалахом поліомієліту в Закарпатській області, так як вакцина більше не закуповувалась у східного сусіда, а держава не подбала про пошук альтернативного імпортера. Лише згодом, в якості гуманітарної допомоги, Канада виділила кошти для закупівлі вакцини французького виробництва для громадян України, що знову демонструє неспроможність України вирішувати питання такого плану максимально швидко, адже зміни до законодавства вносились би не один тиждень, а ситуація потребувала миттєвого вирішення.

Отже, беручи до уваги вищезазначене, ми дійсно можемо констатувати велику кількість прогалин і колізій в сучасному українському законодавстві про вакцинацію. Для їх подолання законодавцю необхідно: більш якісно підходити до питання, яке стосується життя і здоров'я громадян держави; необхідно залучати фахівців відповідної медичної галузі; враховувати досвід інших країн в аспекті здійснення державних закупівель вакцини і проведення тендерів; запровадити загальнообов'язкове медичне страхування, яке зможе покрити витрати за більш якісні препарати імунізації; при внесенні змін до нормативних актів, які регулюють питання забезпечення населення вакциною, об'єктивно оцінювати ситуацію і власні можливості задля збереження життя громадян.

Науковий керівник – ас. Гриценко Г.Г.

*Худолій Т.,
студент 46 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗДІЙСНЕННЯ

ДЕРЖАВНОГО ВЕТЕРИНАРНО – САНІТАРНОГО КОНТРОЛЮ

У 2014 році Україна стала на шлях стрімкого розвитку після підписання Угоди про асоціацію з ЄС, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, таким чином поклала на свої плечі процес інтеграції у світове співтовариство як демократичної, соціальної та правової держави. Зона вільної торгівлі між Україною та Європейським Союзом виступатиме певною базою, підґрунтям для вільного перевезення товарів між Україною та ЄС. Перевезення та переміщення тварин чи продукції тваринного походження із України може здійснюватися лише, коли ті ж тварини чи продукція матимуть належну якість та будуть безпечні для навколишнього оточення. Додержання даної якості та безпечності покладається на державний контроль у сфері ветеринарної медицини.

Для чіткого визначення державного контролю, потрібно дати поняття саме контролю. Тому, під контролем слід розуміти перевірку виконання рішень та законів тощо, це забезпечення державної дисципліни та законності, є одним із методів та функцією управління та етапом управлінського процесу, що попереджує та виявляє помилки та відхилення. За суб'єктами контроль поділяється на громадський, державний та виробничий [1, с. 28].

Вже до державного контролю належать судовий, парламентський, прокурорський нагляд та контроль.

Під державним контролем розуміється діяльність органів державної влади у межах своїх повноважень. Також це забезпечення дотримання законодавства суб'єктами всіх форм власності і їх підпорядкування законодавству, це підвищення ефективності роботи державних органів та забезпечення ефективного використання державних коштів [2, с. 4].

Особливості здійснення державного контролю у сфері ветеринарної медицини розглядало та досліджувало досить багато науковців та вчених, серед них є такі як, В. Аверянов, Ю. Битяк, З. Гладун, В. Гарашук, В. Колпаков, В. Костицький, О. Піддубний, О. Остапенко, Ю. Шемшученко та інші.

Метою даної роботи є розкриття певних особливостей державного ветеринарного контролю в Україні. Оскільки дослідження проблем контрольної діяльності ветеринарної медицини проводилось тільки на теоретичному рівні, або розглядались лише окремі аспекти, тому тематика контролю саме у сфері ветеринарної медицини залишається на даний час досить не дослідженою.

Законом України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 05 квітня 2007 року № 877-V ототожнюються поняття контроль та нагляд. Так, під державним наглядом (контролем) визначається діяльність уповноважених законом центральних органів виконавчої влади, їх територіальних органів, органів виконавчої влади Автономної Республіки Крим, державних колегіальних органів, органів місцевого самоврядування у межах повноважень, передбачених законом, щодо запобігання та виявлення порушенням вимог законодавства суб'єктами господарювання та забезпечення інтересів суспільства [3, с. 172].

Закон України «Про ветеринарну медицину» від 25 червня 1992 року № 2498-ХІІ (з останніми змінами від 10 квітня 2015 року) є основним нормативним актом,

який забезпечує здійснення державного контролю у ветеринарній медицині. Потрібно зазначити, що вказаний Закон вже розділяє поняття державного контролю та державного нагляду, на відміну від Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності». Відповідно до ст. 1 Закону України «Про ветеринарну медицину» державний ветеринарно-санітарний контроль це функції, що виконуються державними інспекторами ветеринарної медицини та/або уповноваженими лікарями ветеринарної медицини і полягають у постійному забезпеченні виконання встановлених чинним законодавством ветеринарно-санітарних заходів та технічних регламентів.

У формуванні системи державного управління беруть участь такі визначальні елементи, як суб'єкт (керівна складова), об'єкт (керована складова) і взаємозв'язки (управлінські відносини), які виникають між ними. Тому для розуміння системи державного управління ветеринарною медициною важливим є визначення змісту вказаних елементів.

Структура суб'єкта державного управління ветеринарною медициною включає Державну ветеринарну та фітосанітарну службу України (Держветфітослужба України), управління ветеринарної медицини на місцях, а також підприємства, установи, організації, що належать до сфери її управління, які здійснюють певні контрольні-наглядові функції, але за правовим статусом не належать до органів державного управління ветеринарною медициною.

Здійснюючи контроль, державні органи ветеринарної медицини забезпечують дотримання ветеринарних норм і правил як фізичними особами, так і суб'єктами господарської діяльності. Державний ветеринарний контроль здійснюється органами виконавчої влади та в межах їх повноважень, що визначені законодавством України [3, с. 172].

Завданням ветеринарного контролю у цій галузі, відповідно до ст. 3. Закону України «Про ветеринарну медицину», є зменшення або усунення ризиків виникнення зоонозів та захворювання населення; охорона території України від проникнення хвороб тварин із території інших держав або карантинних зон; здійснення державного ветеринарно-санітарного контролю та нагляду в процесі виробництва і обігу продуктів тваринного, а на агропродовольчих ринках – і рослинного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій, кормових добавок, преміксів, кормів, штамів мікроорганізмів, репродуктивного і патологічного матеріалу та здійснення державного ветеринарно-санітарного нагляду під час обігу засобів ветеринарної медицини та засобів догляду за тваринами тощо.

На думку Гарашука В.М., метою ветеринарного контролю є забезпечення ста-лого епізоотичного благополуччя в країні [1, с. 28].

Сьогодні держава забезпечує відповідну якість та гарантує безпеку харчових продуктів та кормів для годівлі тварин. Крім того, відбувається активне формування оновленої системи ветеринарної медицини, тому ефективність здійснення державою завдань у сфері ветеринарної медицини потребує вдосконалення законодавства, уточнення та впорядкування роботи органів управління та реорганізації Держветфітослужби України та утворення на її базі Державної служби України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів, що має поглинути Державну інспекцію з питань захисту прав споживачів і Державну санітарно-епідеміологічну службу. Відповідно до Наказу Держветфітослужби України від 18 травня 2015 року №1479, новий державний орган має бути зареєстрований до 12 листопада 2015 року.

Аналізуючи викладене, потрібно зазначити, що дослідження даної теми проводилось у досить вузькому аспекті, а саме щодо сутності та завдань ветеринарного контролю, які в цілому залишаються незмінними на фоні загальних реформ. На сьогодні формуються нові, ще не досліджені теми у напрямку контролю у галузі ветеринарної медицини, які в першу чергу стосуються реформування органів, відповідальних за здійснення такого контролю.

Література:

1. Гарашук В.М. Теоретико-правові проблеми контролю та нагляду у державному управлінні : автореф. Дис. д-ра юрид. наук : 12.00.07/ В.М. Гарашук; Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого. -Х., 2003. -35 с. – [інтернет ресурс] – Режим доступу: <http://www.mydisser.com/files/49973226.doc>

2. Льченко А. Законодавче забезпечення служби ветеринарної медицини в контексті євроінтеграції України до міжнародних товариств // Ветеринарна медицина України. – 2005. – № 7. – С. 3-5.

3. Годяк А.І. Держаний контроль і нагляд у галузі ветеринарної медицини. // Порівняльно – аналітичне право. с.171-173. http://www.pap.in.ua/6_2014/53.pdf

4. Чабанова Ю.В. Організаційно-правові засади державного управління в галузі ветеринарної медицини України. – [інтернет ресурс] – Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/15-CHABANOVA.pdf>.

Худолій Т.І.,

студент 46 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАКЛАД ЯК СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ

Належне функціонування фармацевтичного ринку є невід'ємним елементом характеристики нашої держави як соціальної, так як вона, насамперед забезпечує реалізацію конституційного права кожного на охорону здоров'я. Головним аспектом законодавчого регулювання господарської діяльності у галузі обігу медичних виробів є закріплення правового статусу учасників господарського обороту, які здійснюють вищевказану діяльність, що має важливе значення для забезпечення конкурентоспроможності української економіки та доступу громадян до якісних лікарських засобів. Вищевикладене обумовлює актуальність обраної тематики.

Окремі аспекти фармацевтичної діяльності досліджувалися у працях таких науковців як О. Вінник, С.Гладун, В. Загір'їв, В. Пашков, О. Печений, Г. Хом'яков тощо.

Метою даної роботи є дослідження поняття та характерних рис фармацевтичних закладів при здійсненні ними підприємницької діяльності у вищевказаній сфері.

Чинне законодавство не містить чіткої дефініції фармацевтичних закладів. У відповідності до наказу Міністерства охорони здоров'я України №385 від 28.10.2002 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» (надалі – Наказ) до фармацевтичних (аптечних) закладів відносяться: аптека, аптечна база (склад), база (склад) медичної техніки, база спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна), контрольно-аналітична лабораторія, лабораторія з аналізу якості лікарських засобів, магазин (медичної техніки, медичної оптики). Таким чином, вказаним підзаконним нормативно-правовим актом ототожнюється поняття фармацевтичного та аптеч-

ного закладу. Відповідно до Наказу аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами і виробами медичного призначення. Аптека, на яку покладено організаційно-методичне керівництво аптеками району (міста), називається центральною районною (міською) аптекою. У відповідності до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, затверджених Наказом МОЗ №723 від 31.10.2011, аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій лікарськими засобами шляхом здійснення роздрібною торгівлі. При цьому, поняття аптека та її структурні підрозділи (аптечний пункт – структурний підрозділ аптеки, який створюється у лікувально-профілактичних закладах для торгівлі готовими лікарськими засобами), а також аптечний склад (база) – заклад охорони здоров'я, основне завдання якого полягає в забезпеченні лікарськими засобами інших суб'єктів оптової або роздрібною торгівлі, закладів охорони здоров'я та виробників лікарських засобів шляхом здійснення ним оптової торгівлі, об'єднані єдиним поняттям – аптечні заклади. Тобто, даним підзаконним нормативно-правовим актом до аптечних закладів не віднесено, зокрема, бази (склади) медичної техніки, бази спеціального медичного постачання, контрольно-аналітичної лабораторії тощо.

В. Пашков надає своє формулювання аптечного та фармацевтичного закладів. Так, згідно дефініції наданої науковцем, аптечний заклад – це заклад охорони здоров'я, який діє як суб'єкт господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності або його структурний підрозділ у вигляді аптеки, що, у свою чергу, може мати такі свої структурні підрозділи: аптечний пункт, аптечний магазин та аптечний кіоск, аптечна база (склад), головним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами, виробами медичного призначення, іншою фармацевтичною та медичною продукцією, а фармацевтичний заклад – це заклад охорони здоров'я, що діє як суб'єкт господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності або негосподарюючий суб'єкт у формі юридичної особи публічного права у вигляді бази (складу) медичної техніки, бази спеціального медичного постачання, контрольно-аналітичної лабораторії, лабораторії з аналізу якості лікарських засобів, магазину медичної техніки та медичної оптики, органу державного контролю якості лікарських засобів, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом виконання послуг або робіт фармацевтичного характеру, у тому числі шляхом надання адміністративних послуг [4, с. 90-91]. Таким чином, В. Пашков розрізняє аптечні та фармацевтичні заклади [3, с. 192], при цьому відносячи обидва до закладів охорони здоров'я, та відрізняючи їх безпосередніми завданнями.

Особливими рисами фармацевтичних та аптечних закладів, які відрізняють їх від інших суб'єктів господарювання є наступні: специфічність товару – реалізація лікарських препаратів та виробів медичного призначення [1, с. 42]; наявність матеріально-технічної бази, яка забезпечує виробництво, зберігання та реалізацію якісних медичних виробів; обов'язкова державна реєстрація продукції; наявність відповідного дозволу (ліцензії) [4, с. 37]; наявність окрім документа, що підтверджує державну реєстрацію, також додаткових документів, а саме, декларацій, сертифікатів, технічних документів тощо [2, с. 125]. Специфічними ознаками

фармацевтичних закладів, які відрізняють їх від аптечних закладів є безпосереднє завдання – надання послуг або виконання робіт фармацевтичного характеру. Крім того, до фармацевтичних закладів, на відміну від аптечних, можуть також належати негосподарюючі суб'єкти.

Таким чином, на сьогоднішній день в українському законодавстві відсутня дефініція поняття «фармацевтичний заклад», що призводить до певної невизначеності суб'єктів господарювання, які здійснюють фармацевтичну діяльність та отождоження вказаного поняття з таким як «аптечний заклад». Проаналізувавши чинне законодавство, наукові дослідження вказаної тематики, вважаю доцільним наступне визначення поняття «фармацевтичний заклад» – установа охорони здоров'я, що наділена загальною господарською правосуб'єктністю, головною метою діяльності якого є забезпечення різних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання послуг або виконання робіт фармацевтичного характеру, у тому числі, надання адміністративних послуг.

Література:

1. Ворон Р.О. Особливості здійснення господарської діяльності на фармацевтичному ринку// Право і суспільство. – 2012. – №5. – С. 37-42.
2. Коротич Є.О. Особливості правового статусу суб'єктів господарювання, що виробляють та здійснюють торгівлю медичними виробами// Право і суспільство. – 2013. – №6-2. – С. 122-126.
3. Морщагіна Н.С. Особливості господарської компетенції аптечних закладів// Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». – 2012. – №2 (9). – С. 189-196.
4. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) / В. М. Пашков. – К. : МОПІОН, 2009. – 448 с.
5. Хом'яков Г.В. Державне регулювання українського фармацевтичного ринку і його можливі наслідки // Провізор. – 2003. – № 13. – С. 35–38

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

Чальцев Д.В.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ГОСПОДАРСЬКІ ПОВНОВАЖЕННЯ СУБ'ЄКТІВ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКИХ ПОВНОВАЖЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Аналізуючи законодавство в якому зазначаються господарські повноваження суб'єктів організаційно господарських повноважень у сфері охорони здоров'я постає питання у більш детальному врегулюванні механізму здійснення даних повноважень, оскільки наразі сфера охорони здоров'я в якій здійснюється господарська діяльність перебуває у критичному стані, що становить загрозу для дотримання мінімальних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкти організаційно-господарських повноважень – це особи, які мають повноваження щодо організації господарської діяльності, управління іншими суб'єктами та/або контролю за їх діяльністю.

Під організаційно-господарськими повноваженнями органів влади щодо підприємницької діяльності розуміється діяльність держави в особі її органів та орга-

нів місцевого самоврядування, що спрямована на забезпечення публічних інтересів шляхом використання засобів впливу на господарські відносини. [1]

За юридичними підставами виникнення, найбільш суттєвими є ті суб'єкти, організаційно-господарські повноваження яких виникають на підставі закону: Кабінет Міністрів України, господарські міністерства/відомства тощо.

Організаційно-господарські повноваження у сфері охорони здоров'я необхідно розмежовувати відповідно до компетенції органів державної влади або місцевого самоврядування, які від імені держави та територіальної громади здійснюють свою компетенцію щодо охорони здоров'я.

У ст.14 Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначається що Міністерство охорон здоров'я створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в галузі охорони здоров'я.

Рада Міністрів АРК, місцеві державні адміністрації, а також виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством.

Ст.15 Основ законодавства про охорону здоров'я визначає спеціально уповноважений центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я яким є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується КМУ.

На місцевому чи територіальному рівні діють органи місцевого самоврядування у загальної компетенції – місцеві державні адміністрації з органами спеціальної галузевої компетенції – управліннями охорони здоров'я які виконують функції з управління комунальними закладами охорони здоров'я, крім віднесених до виключних повноважень обласних і районних рад, що є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ і міст, і з цих питань підзвітні та підконтрольні відповідним радам.

Також на місцевому рівні діють органи місцевого самоврядування у обласних та районних радах до власної виключної компетенції, що стосується сфери охорони здоров'я, належать повноваження з управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, районів у містах, що перебувають в управлінні районних та обласних рад, зокрема прийняття та звільнення їх керівників, тощо.

Підводячи підсумок потрібно зазначити що на сьогодні система господарських повноважень суб'єктів організаційно господарських повноважень у сфері охорони здоров'я є досить розгалуженою що в свою чергу не сприяє підвищенню ефективності здійснення таких повноважень як на загальнодержавному рівні так і на місцевому, тому постає питання у можливій зміні механізму розподілення господарських повноважень між суб'єктами організаційно господарських повноважень у сфері охорони здоров'я.

Література:

1. Пашков В.М Суб'єкти організаційно-господарських повноважень на фармацевтичному ринку [Електронний ресурс]/ Режим доступу : <http://www.apteka.ua/wp-content/.../10-Пашков.ppt>.

Челебій-Кравченко Ю. К.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО ЗАКРІПЛЕННЯ «ПОЛОЖЕННЯ БОЛАР»

На сьогодні у зв'язку з визнанням суспільного інтересу в підвищенні доступності лікарських засобів, постала необхідність ослаблення патентної монополії у сфері охорони здоров'я.

Одним із шляхів такого обмеження є використання так званих «гнучких можливостей», що закріплені, зокрема, Угодою ТРІПС і передбачають існування «різних варіантів, за допомогою яких зобов'язання за Угодою ТРІПС можуть бути перенесені в національне законодавство, з тим щоб забезпечити національні інтереси, з одного боку, і при цьому не порушити положення та принципи Угоди ТРІПС, з іншого». Інструмент «гнучкості» надає «можливість вжити певних заходів з нейтралізації впливу виключних прав, заохочення конкуренції та розширення доступу до лікарських засобів» [1, с. 12]. Одним з таких інструментів є передбачена ст. 30 Угоди ТРІПС можливість надання обмежених винятків з виключних прав, що надаються патентом, за умови, що такі винятки не будуть суттєво суперечити нормальному використанню патенту та завдавати суттєвої шкоди законним інтересам власника патенту, з огляду на інтереси третіх сторін. Під дію цієї статті підпадають і виключення «по типу Болар».

Термін «положення Болар» (від англ. «Bolar Provision») виник у 80-х роках ХХ ст. у зв'язку з «визначенням моменту, починаючи з якого виробник генерика протягом строку дії патенту на оригінальний лікарський засіб може почати здійснювати підготовку для введення генерика в оборот» [2, с. 93]. Так, у 1984 р. Апеляційний суд Федерального округу у США розглянув справу «Roche Products v Bolar Pharmaceuticals» і виніс рішення про те, що можливість виключення із загального правила заборони використання запатентованого засобу для експериментального дослідження поширюється лише на випадки теоретичного дослідження, а якщо такі дії переслідують комерційну мету (компанія «Болар» проводила дослідження на еквівалентність для того, щоб отримати відповідний дозвіл та вивести свій генерик на ринок одразу після закінчення дії патенту на оригінальний засіб) – це є порушенням патентних прав». Ця справа привернула увагу законодавця до зазначеної проблеми, і в тому ж році Конгрес США прийняв відповідну поправку до Закону Хетча-Ваксмана, якою фактично було дозволено використання оригінального лікарського засобу до закінчення дії патенту «виключно для цілей, пов'язаних з розробкою та наданням інформації за федеральним законом, що регулює обіг лікарських засобів» [3] – в т.ч. проведення досліджень на біоеквівалентність та подання заявки на реєстрацію генерика. Це дозволило значно пришвидшити надходження генериків на ринок: з 3 – 4 років з моменту закінчення дії патенту на оригінальний засіб до 1 – 2 місяців [2, с. 95].

В Європі це питання було врегульовано пізніше – у 2004 році Директивою ЄС 2004/27/ЄС було передбачено, що «проведення необхідних досліджень та ви-

пробувань ... і практичні необхідності, що є їх наслідками, не варто розглядати як порушення патентів... на лікарські засоби». Але при цьому кожна держава-член ЄС імплементувала дану норму з різним розумінням того, що включає в себе «експериментальне використання». Як результат, в одних державах (Німеччина, Італія) генерикові компанії отримали досить широкі можливості для своєї діяльності, в інших (Великобританія) – значно вужчі [2, с. 97-98].

Виключення «по типу Болар» було безпосередньо інтегровано у законодавство багатьох інших держав: Канади, Австралії, Бразилії, Китаю, Єгипту, Індії, Нової Зеландії, Таїланду та ін. В деяких державах воно застосовується опосередковано – через інститут прецедентного права (Японія) [1, с. 24]. А законодавство окремих держав не містить конкретних приписів щодо подібних виключень, і «положення Болар» в них може реалізовуватися лише шляхом тлумачення загального дозволу на використання запатентованих об'єктів для експериментальних чи наукових досліджень.

Саме до останньої групи належить і патентне законодавство держав СНД, в якому на сьогодні немає окремого спеціального припису, який би прямо дозволяв використання запатентованого лікарського засобу для проведення досліджень та підготовку і подання відповідної документації для подальшої реєстрації та отримання дозволу на виробництво генерика після спливу строку патентного захисту. Таким чином можливість зазначених дій залежить від тлумачення відповідними державними органами вищенаведеної загальної норми, яке може поширювати її на таку діяльність виробників генериків (Постанова ВАС РФ у справі № А40-65668/08-27-569 від 16.05.2009), або не поширювати і визнавати їх протиправними (як наведена справа «Roche Products v Bolar Pharmaceuticals», яка і показала необхідність нормативного закріплення «винятку Болар»).

В Україні загальний виняток, про який говорилося вище, закріплено у ч. 2 ст. 31 Закону України «Про охорону прав на винаходи та моделі», відповідно до якої не визнається порушенням прав, що випливають з патенту, використання запатентованого винаходу в т. ч. «з науковою метою або в порядку експерименту». Можливість виведення з цього припису винятку «по типу Болар» видається доволі складною. По-перше, це загальна норма, відтак не має підстав стверджувати, що в неї закладено можливість такого широку тлумачення даного винятку в силу суспільного інтересу щодо обмеження патентних прав на окремі об'єкти, зокрема лікарські засоби. По-друге, спеціальне законодавство, що регулює обіг лікарських засобів, не містить прямо встановлених елементів «положення Болар». По-третє, у вищенаведеній статті Закону, іншим випадком використання запатентованого об'єкту без порушення патентних прав є використання його без комерційної мети, відтак системний аналіз дає підстави застосувати логіку, якою керувався суд США у справі «Roche Products v Bolar Pharmaceuticals», і стверджувати, що наявність комерційної мети у виробників генериків унеможливує застосування до їх діяльності винятку, що дозволяє наукові дослідження запатентованих об'єктів.

Окрім цього, слід звернути уваги, що законодавець, закріпивши режим ексклюзивності даних як окремий засіб захисту прав виробників оригінальних лікарських засобів (ч. 9 ст. 9 Закону України «Про лікарські засоби»), передбачив лише загальний п'ятирічний термін (у встановлених випадках – шестирічний) абсолютного захисту даних досліджень щодо зареєстрованого препарату і не ввів поняття так званої «маркетингової ексклюзивності». «Маркетингова» або «ринкова ексклю-

звність» становить, наприклад, два останні з десяти років ексклюзивності даних в ЄС, і передбачає заборону реєстрації та збуту генерика, але не містить заборони його використання для проведення досліджень та оформлення відповідної документації, що по суті частково поширює «виняток Болар» і на режим ексклюзивності. Підхід українського законодавця, на нашу думку, ілюструє неврахування «положення Болар», а відтак ускладнює тлумачення загальних норм на користь його існування.

Вважаємо, що посилення захисту інтересів патентовласників та виробників оригінальних лікарських засобів та відсутність нормативно закріпленого обмеження їх прав «по типу Болар» є негативним явищем для нашої держави: з одного боку це не забезпечує розвиток вітчизняної фармацевтичної промисловості (адже Україна є виробником генеричних та імпортером оригінальних лікарських засобів), з іншого – перешкоджає зростанню доступності лікарських засобів (не дозволяє пришвидшити вивід генериків на ринок). Залишення досліджуваного питання у сфері тлумачення загального винятку щодо наукових досліджень з використанням запатентованих об'єктів не надає достатніх гарантій, відтак необхідним є пряме закріплення «положення Болар» в українському законодавстві.

Література:

1. Связанные с патентами гибкие возможности многосторонней нормативной базы и их реализация через законодательство на национальном и региональном уровнях: доклад КРИС ВОИС от 1 марта 2010 г. – 29 с.

2. Пиличева А.В. Положение Болар (Bolar Provision) в отечественном и зарубежном законодательстве// Вестник гражданского права. – 2013. – № 2. – С.92-107

3. Annette Cunningham. Bolar Provision: A Global History and The Future For Europe [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.genericsweb.com/index.php?object_id=238

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

Черних Є.П.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПОВ'ЯЗАНОЇ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ

Сьогодні досить гостро постає питання утилізації медичних відходів, що перш за все, зумовлено недосконалістю чинного законодавства. Адже саме неналежне поводження із цим видом відходів завдає значної шкоди навколишньому природному середовищу.

Питання утилізації медичних відходів є досить актуальним, так як за загальним правилом, це повинні здійснювати суб'єкти господарювання, які досить часто не дотримуються нормативів і їх діяльність шкодить навколишньому середовищу. Одним з обов'язків суб'єктів господарювання, що провадять господарську діяльність з медичної практики, є обов'язок забезпечити дотримання санітарних норм і правил щодо вивезення та знищення побутового сміття та медичних відходів, який закріплено у абз. 3 п.п. в) п. 2.9 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики [1, ст. 551].

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про відходи» [2, ст. 242]: відходи – будь-які речовини, матеріали і предмети, що утворилися у процесі виробництва чи споживання, а також товари (продукція), що повністю або частково втратили свої спо-

живчі 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. Але саме поняття медичних відходів на законодавчому рівні відсутнє. У даному випадку слід звертатися до наукового тлумачення цього поняття. Так, Проданчук М.Г., Повякель Л.І., Бобильова О.О., Бережнов С.П. у своїй статті дають наступне визначення поняття медичні відходи – це всі відходи, що утворюються в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) та інших медичних закладах будь-якої форми власності, при наданні медичної 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 медичних відходів включає як окремі самостійний підвид – операційні та патолого-анатомічні відходи. До медичних відходів відносяться також відходи фармацевтичної промисловості, підприємств по виробництву імуно-біологічних 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: шприці, голки, перев'язочний матеріал, лікарські препарати, що були використані або не використані населенням [3, с. 5]. Розглянувши найбільш розповсюджене визначення медичних відходів, яке використовується у науковій літературі, можна зазначити, що перелік медичних відходів є значним і кожний має свою специфіку. Тому утилізація кожного має здійснюватися не аби як, а з дотриманням чітких норм і загальні правила утилізації, які застосовуються до інших видів відходів не завжди є доречними.

Не визначеність даного поняття у законодавстві та неналежне регулювання відповідних відносин, необізнаність працівників, небезпечність медичних відходів, їх підвищена токсичність може призводити до негативних наслідків у навколишньому природному середовищі, негативному впливі на здоров'я людини, підвищення рівня захворюваності.

Відповідно до п. в) ч. 1 ст. 17 Закону України «Про відходи»: суб'єкти господарської діяльності у сфері поводження з відходами зобов'язані: визначати склад і властивості відходів, що утворюються, а також ступінь небезпечності відходів для навколишнього природного середовища та здоров'я людини відповідно до нормативно-правових актів, які затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, за погодженням із центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони навколишнього природного середовища. Ця норма покладає досить відповідальний обов'язок на суб'єктів господарювання, але якщо розглянути його виконання на практичному рівні, то вони в останню чергу турбуються про навколишнє природне середовище, тобто свідомо порушують закон.

Що стосується неякісних лікарських засобів, термін придатності яких закінчився, то дане питання дещо більше врегульоване законодавчо. Так відповідно до ч. 1 ст. 23 Закону України «Про лікарські засоби» [4, ст. 86]: неякісні лікарські засоби, включаючи ті, термін придатності яких закінчився, підлягають утилізації та знищенню.

Утилізація та знищення лікарських засобів проводяться відповідно до Правил утилізації та знищення лікарських засобів, що затверджуються центральним орга-

ном виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та інших вимог законодавства (ч. 2).

Правила утилізації та знищення лікарських засобів визначають загальні вимоги поводження з лікарськими засобами, що не підлягають подальшому використанню, з метою недопущення їх подальшого обігу і попередження негативного впливу на здоров'я людини та навколишнє природне середовище (п. 2) [5, ст. 1518].

Крім лікарських засобів до медичних відходів належать й інші, утилізація яких не має законодавчого урегулювання. Так, за ч. 1 ст. 1 Базельської конвенції про контроль за транскордонним перевезенням небезпечних відходів та їх видаленням [6, ст. 284], виділяються такі групи відходів як: – медичні відходи, отримані у результаті лікарського догляду за пацієнтами в лікарнях, поліклініках та клініках; – відходи виробництва і переробки фармацевтичної продукції, непотрібні фармацевтичні товари, ліки та препарати.

На практиці більшість із цих видів відходів можна зустріти на смітника, які в подальшому утилізуються методом спалювання, що завдає шкоди навколишньому природному середовищу. Так як дим, який розчиняється в повітрі, яким дихає людина містить шкідливі речовини, які можуть викликати різні захворювання. На сьогодні в Україні не існує альтернативи шкідливому знищенню медичних відходів, а санкції які передбаченні Кодексом про адміністративні правопорушення про порушення вимог щодо поводження з відходами (ст. 82, 82-1) є досить м'якими, порівняно з тими наслідками, які настають у разі неналежного поводження з медичними відходами тому суб'єкти господарювання нехтують нормами поводження з медичними відходами. Отже, саме категорія медичних відходів, а саме поводження з ними, потребує законодавчого доопрацювання.

Література:

1. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики затв. наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2011 р. № 49 // Офіційний вісник України. – 2011. – № 13. – ст. 551.

2. Про відходи: закон України від 05.03.1998 р. № 187/98-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 36. – ст. 242.

3. Проданчук М.Г., Повякель Л.І., Бобильова О.О., Бережнов С.П. Класифікація медичних відходів з урахуванням факторів безпеки в проекті ДСанПіН «Правила поводження з медичними відходами» // Сучасні проблеми токсикології. – 2012. – № 1. – с. 57-68.

4. Про лікарські засоби: закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 22. – ст. 86.

5. Правила утилізації та знищення лікарських засобів затв. наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.04.2015 р. № 242 // Офіційний вісник України. – 2015. – № 46. – ст. 1518.

6. Про приєднання України до Базельської конвенції про контроль за транскордонними перевезеннями небезпечних відходів та їх видаленням: закон України від 1 липня 1999 р. № 803-XIV // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 34. – ст. 284.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Троцька М. В.

Черних Є.П.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПРОБЛЕМ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

В умовах сучасного розвитку українського суспільства, коли права людини на охорону здоров'я, ставляться на перше місце як одне із найважливіших прав гарантованих та охоронюваних державою, особливу увагу заслуговують відповідальність за правопорушення у цій сфері.

Дослідженням проблемних питань відповідальності медичних працівників займалися такі науковці як Р.В. Вереша, Н. Шкільна, В. Цимбалюк, Г.Ю. Аронов, В.В. Глуховський, В.З. Кучеренко, С.П. Маврин, А.М. Таранов та інші.

Правове регулювання даного питання здійснюється сукупністю нормативно правових актів, до них належать – Конституція України, Цивільний кодекс, Кримінальний кодекс, Кодекс України про адміністративні правопорушення, Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», Лист Міністерства юстиції України « Про відповідальність медичних працівників» та інші.

Відповідно до ст. 80 Основ законодавства України про охорону здоров'я – особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством [1, ст. 145]. Але на противагу цьому слід зазначити, що згідно з частиною третьою статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму. Лікарі досить часто посилаються саме на цю норму, знімаючи з себе виконання покладених на них обов'язків.

Якщо розглядати кожен вид відповідальності окремо, то ми побачимо ряд статей, якими передбачена відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я. Так адміністративна відповідальність регулюється Кодексом України про адміністративні правопорушення, відповідно яким передбачено відповідальність за порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст.42); (порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові), (п. 1 ст. 45) [2, ст. 1122]. Що стосується кримінальної відповідальності, то вона передбачена такими статтями Кримінального кодексу: стаття 131(неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби); стаття 132 (розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби); стаття 134 (незаконне проведення абортів); стаття 136 (ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані); стаття 137(неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей); стаття 138 (незаконна лікувальна діяльність); стаття 139 (ненадання допомоги хворому медичним працівником); стаття 140 (неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником); стаття 141 (порушення прав пацієнта); стаття 142 (незаконне проведення дослідів над людиною); стаття 143 (порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини); стаття 144 (насилницьке донорство); стаття 145 (незаконне розголошення лікарської таємниці); стаття 184 (порушення права на безоплатну медичну допомогу); стаття 308 (викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин

або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем); стаття 314 (незаконне введення в організм наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів); стаття 319 (незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин [3, ст. 131]. Ми бачимо, що перелік статей є значним, але на практиці не завжди потерпіла особа, в змозі доказати провину лікаря, який завдав шкоди її здоров'ю. Але останнім часом, збільшилася кількість випадків відкриття кримінальних провадження підозрюваними у яких є лікарі. Свідченням цьому є і судова практика. Прикладами цього можна зазначити вирок Оболонського районного суду міста Києва від 05 червня 2008 року було засуджено лікаря-гінеколога за вчинення злочину, передбаченого частиною 2 статті 134 ККУ. Лікарем-гінекологом, було незаконно проведено аборт не у спеціально акредитованому закладі охорони здоров'я, де є гінекологічні загальнохірургічні відділення, а за місцем свого проживання за допомогою медичних інструментів та препаратів. Внаслідок цих дій, її пацієнтку невдовзі було госпіталізовано до пологового будинку, де їй була проведена операція. Лікаря було визнано винним у вчиненні даного злочину. Ще одним прикладом є вирок Іллічівського районного суду міста Маріуполя від 15 червня 2013 року засуджено лікаря акушера-гінеколога комунального закладу охорони здоров'я за незаконну вимогу оплати медичної допомоги (ч. 1 ст. 184 ККУ). Судом встановлено, що лікар, працюючи за сумісництвом ще й лікарем функціональної діагностики, незаконно вимагав та отримував грошові кошти від пацієнток за проведення ультразвукової діагностики на діагностичній ультразвуковій системі SONOLIN, яка знаходиться на балансі цього комунального медичного закладу. Вину лікаря було доведено, присуджено покарання у вигляді штрафу [4, ст.30]. І це не поодинокі випадки, ми бачимо, що проблема притягнення лікарів до відповідальності є суттєвою.

Дуже часто серед науковців можна зустріти таку думку, що заклади охорони здоров'я повинні нести відповідальність за вчинки своїх працівників. В свою чергу, Рудий В. зазначає, що всі лікарі в державних лікарнях і поліклініках – наймані робітники й, по ідеї, відповідальність за їхні помилки й за той збиток, що вони нанесли здоров'ю пацієнта, повинне нести медична установа. Однак стягнути плату з установи, у якому працює лікар, дуже важко. Переважна більшість лікарень мають статус бюджетної установи, утримуються за рахунок засобів державного або місцевого бюджетів, яких не завжди вистачає навіть на те, щоб виплачувати зарплату медикам [5]. У цьому контексті доречним буде зазначити, що відповідно до ст. 1172 Цивільного кодексу України юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків [6, ст. 356]. Але дійсно це досить складна процедура. Ця стаття досить актуальна для приватних закладів охорони здоров'я, але й в цьому випадку, відшкодування завданої шкоди покладається за часту на конкретного лікаря.

Отже, незважаючи на те, що проблемам відповідальності лікарів, передбачена значна кількість складу злочину, якими передбачений той чи інший вид відповідальності, але сама процедура доведення вини лікаря є досить кропіткою та затяжною. Але проаналізувавши судову практику ми бачимо, що все ж лікарі притягуються до кримінальної відповідальності і ці випадки є непоодинокими.

Література:

1. Основ законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ / Відомості Верховної Ради – 1993 – №4 – ст.145.

2. Кодекс України про адміністративні правопорушення // Відом. Верх. Ради УРСР. – 1984. – № 52. – Ст. 1122.

3. Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 р. № 2341–III // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 25–26. – Ст. 131.

4. Наталія Школьна «Кримінальна відповідальність медичних працівників» // Практика управління медичним закладом. – № 8/2014.

5. В.О. Савченко Правова відповідальність за медичну помилку [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://med.univer.kharkov.ua/science/vestnik/18/12.pdf>

6. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435–IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 40–44. – Ст. 356.

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

Чишко С.С.,

студент 42 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ СТАНОВИЩЕ АГРОБІРЖІ ЯК СУ'ЄКТА АГРАРНИХ ПРАВОВІДНОСИН

Нині економічний розвиток нашої країни потребує поглиблення ринкових процесів на всіх рівнях, у тому числі і в аграрній сфері. Зростаючі ризики на аграрному ринку потребують пошуку нових підходів та застосування біржових інструментів з метою мінімізації цінових ризиків, які успішно протягом багатьох віків застосовуються у світовій практиці. За таких умов, на думку науковців, створення сучасного конкурентного біржового аграрного ринку повинно стати пріоритетним завданням на майбутню перспективу [1, с.69].

Правове становище аграрної біржі в Україні регулюється Законом України «Про аграрні розписки» від 06.11.2012 № 5479-VI, Законом України «Про цінні папери та фондовий ринок» від 23.02.2006 № 3480-IV, Законом України «Про державну підтримку сільського господарства України» від 24.06.2004 № 1877-IV, Законом України «Про зерно та ринок зерна в Україні» від 04.07.2002 № 37-IV, Законом України «Про фінансові послуги та ринок фінансових послуг в Україні» від 12.07.2001 № 2664-III, Законом України «Про національну депозитарну систему та особливості електронного обігу цінних паперів в Україні» від 10.12.1997 № 710/97-ВР, Законом України «Про товарну біржу» від 10.12.1991 № 1956-XII, Господарським кодексом України від 16.01.2003 № 436-IV тощо.

Відповідно до частини 1 статті 2 Закону України «Про державну підтримку сільського господарства в Україні» аграрна біржа – це юридична особа, створена згідно із Законом України «Про товарну біржу», яка підпадає під регулювання норм такого закону і статей 279-282 Господарського кодексу України (з урахуванням особливостей, визначених цим Законом) та надає послуги суб'єктам господарювання з укладення біржових договорів (контрактів) щодо сільськогосподарської продукції, товарних деривативів, базовим активом яких є сільськогосподарська продукція, іпотечних сертифікатів та іпотечних закладних, а також з проведення розрахунково-клірингової діяльності за ними.

Відповідно до ст. 279 Господарського кодексу України товарна біржа є особливим суб'єктом господарювання, який надає послуги в укладенні біржових угод, виявленні попиту і пропозицій на товари, товарних цін, вивчає, упорядковує товарообіг і спіряє пов'язаним з ним торговельним операціям. Товарна біржа є юри-

дичною особою, діє на засадах самоврядування і господарської самостійності, має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банку та може мати печатки.

Доктринальне тлумачення поняття «аграрна біржа» запропонувала Л.О. Панькова, зазначаючи, що аграрна біржа є невідприємницьким товариством, що об'єднує юридичних і фізичних осіб, які здійснюють виробничу і посередницьку діяльність та створює умови для укладення біржових договорів щодо сільськогосподарської продукції, продуктів її переробки і товарів, що забезпечують аграрне товаровиробництво, товарних деривативів, базовими активами яких є сільськогосподарська продукція [2, с.323].

Закону України «Про державну підтримку сільського господарства України» (ст.17) вказує, що Аграрна біржа є неприбутковим (невідприємницьким) підприємством. Стаття 83 Цивільного кодексу України встановлює, що юридичні особи можуть створюватися у формі товариств, установ та інших формах, встановлених законом. Стаття 85 дає визначення невідприємницького товариства. Зрозумілим стає, що законодавець, визначаючи організаційно-правову форму Аграрної біржі, пішов шляхом застосування норм Господарського кодексу. Але поняття «підприємство» у Господарському кодексі не є визначенням організаційно-правової форми, оскільки ст. 63 вказує не те, в яких організаційних формах може бути створене підприємство і не зазначає серед них неприбуткові (невідприємницькі) підприємства. Як вже зазначалося вченими, Кодекс ототожнює поняття видів підприємств та їх організаційно-правових форм, що є досить дискусійним питанням. Тому визначення організаційно-правової форми Аграрної біржі як невідприємницького товариства є більш обґрунтованим.

У ст. 17 Закону України «Про державну підтримку сільського господарства України» визначено особливості правового становища аграрної біржі, зокрема: Аграрна біржа є неприбутковим (невідприємницьким) підприємством. Членами Аграрної біржі можуть бути виключно резиденти. Якщо засновником Аграрної біржі є Кабінет Міністрів України в особі Аграрного фонду, то інші, ніж Аграрний фонд, члени Аграрної біржі не мають права приймати рішення щодо: призначення або зміни керівництва Аграрної біржі; введення плати за здійснення Аграрним фондом будь-яких операцій, пов'язаних з державним ціновим регулюванням відповідно до цього Закону; будь-яких обмежень щодо торгівлі об'єктами державного цінового регулювання на Аграрній біржі та інше.

Отже, аграрна біржа – це єдина державна товарна біржа в Україні, яка створена у 2005 році. Вона забезпечує рівні умови для всіх учасників біржової торгівлі та сприяє розвитку ринку товарних деривативів, базовим активом яких є сільськогосподарська продукція.

У нормативних актах, прийнятих після зазначеного Закону, вживається термін «аграрна біржа» виключно у розумінні біржі, засновником якої є Аграрний фонд України [3, с.283]. Постановою Кабінету Міністрів України «Про створення Аграрної біржі» від 26 грудня 2005 р. № 1285 було затверджено Статут Аграрної біржі, в якому зазначено офіційне найменування біржі: «Аграрна біржа» [4].

Відповідно до пункту 13 постанови Кабінету Міністрів України «Про створення Аграрної біржі» від 26 грудня 2005 р. № 1285 Аграрна біржа створюється з метою підвищення рівня продовольчої безпеки країни, надання біржових послуг суб'єктам господарювання з укладення біржових договорів (контрактів) щодо сіль-

ськогогосподарської продукції, продажу товарних деривативів, базовим активом яких є сільськогосподарська продукція, іпотечних сертифікатів та іпотечних закладних, а також з проведення та/або організації розрахунково-клірингової діяльності [4].

Економічна сутність біржового аграрного ринку полягає в тому, що це організована форма аграрного ринку, яка передбачає сукупність правил і норм, що забезпечують ефективний регламент здійснення біржових торгів [5, с.38].

Отже, підбиваючи підсумки слід зазначити, що Аграрна біржа – це єдина державна товарна біржа в Україні, юридична особа, створена згідно із Законом України “Про товарну біржу”, яка підпадає під регулювання норм такого закону і статей 279-282 ГК України (з урахуванням певних особливостей) та надає послуги суб’єктам господарювання з укладення біржових договорів (контрактів) щодо сільськогосподарської продукції, товарних деривативів, базовим активом яких є сільськогосподарська продукція, іпотечних сертифікатів та іпотечних закладних, а також з проведення розрахунково-клірингової діяльності за ними.

Література:

1. Правове регулювання діяльності аграрної біржі із забезпечення продовольчої безпеки / В. Станіславський // Юридична Україна. – 2012. – № 10. – С. 68-75.
2. Панькова Л.О. Аграрні біржі: історико-правовий аспект/ Л. О. Панькова// Держава і право.- 2002.- вип. 17.- с. 323-328.
3. Аналіз стану вітчизняного біржового аграрного ринку / В. О. Яворська, Л. В. Коберник // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Економіка, аграрний менеджмент, бізнес. – 2014. – Вип. 200(2). – С. 282-285.
4. Постанова Кабінету Міністрів України «Про створення Аграрної біржі» від 26 грудня 2005 р. N 1285 / <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1285-2005-%D0%BF>
5. Горьовий В.П. Забезпечення ефективної діяльності товарних бірж на ринку сільськогосподарської продукції/ В. П. Горьовий// Фондовий ринок.- 1999.- № 9 – с. 37-41.

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

Шаповал А.Ю.,

студент 23 групи

ІІЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ФІЗКУЛЬТУРА І СПОРТ ЯК ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Сучасне українське суспільство розвивається на основі ідеї гуманізації, реалізуючи творчий потенціал кожної людини, в тому числі людей з відхиленнями у здоров’ї, обмежених у можливостях. За допомогою фізичних вправ і сили волі ці люди маючи проблеми зі здоров’ям, досягають не тільки спортивного, а й життєвого результату. Виникнення видів спорту, в яких брали участь інваліди, пов’язано з ім’ям англійського нейрохірурга Л. Гуттмана, який, долаючи вікові стереотипи по відношенню до людей з фізичними обмеженнями, увів спорт у процес реабілітації хворих з ушкодженнями функцій спинного мозку. Довів, що спорт для людей з вадами здоров’я сприяє відновленню психічної рівноваги, створює оптимальні умови для соціальної адаптації, дозволяє повернутися до повноцінного життя незалежно від фізичних недоліків і сприяє формуванню міжнародного руху людей з фізичними і психічними порушеннями, залучення їх до занять спортом [1 с.137].

Україна є країною, де створено державну систему керування і підтримки спорту інвалідів. Державні і громадські організації прикладають зусилля для залучення інвалідів до занять фізичною активністю як однією з ефективних й універсальних можливостей їх соціальної, психічної і фізичної адаптації. В новій редакції Закону України «Про фізичну культуру і спорт» від 17 листопада 2009 р., діючої з 1 січня 2011 р., визначено, що «фізична культура – це діяльність суб'єктів сфери фізичної культури і спорту, спрямована на забезпечення рухової активності людей з метою їх гармонійного фізичного розвитку та здорового способу життя» [2]. Практичне використання парадигми оздоровчої рухової активності вбачається у прийнятті та реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [5].

Однією з головних проблем розвитку спорту інвалідів є відсутність достатньої кількості викладачів з фізичного виховання, тренерів, інструкторів, психологів. Підготовка фахівців з адаптивної фізичної культури вишами України розпочалася з 1996 р., коли у Львівському державному інституті фізичної культури введено навчальні дисципліни: «Теоретичні основи Інваспорту», «Паралімпійський спорт», «Адаптивний спорт». У Запорізькому національному університеті відкрито спеціалізацію «Тренер з інвалідного спорту» та впроваджено новий державний стандарт професійної освіти «Фізична культура для людей із відхиленнями в стані здоров'я» [4, с.14-15]. У зв'язку з ростом популярності занять видами рухової активності осіб із обмеженими можливостями в країні виникла необхідність виділення фізичної культури інвалідів у самостійну дисципліну, як це відбулося в більшості європейських і американських держав. У Національному університеті фізичного виховання і спорту України підготовка фахівців з адаптивної фізичної культури розпочалася із введення у 1999 р. у навчальний процес дисциплін «Адаптивне фізичне виховання» і «Спорт інвалідів».

Адаптивний спорт сьогодні є ефективним й недорогим засобом сприяння соціальної інтеграції і добробуту інвалідів. Він включає 20 змагань для спортсменів нозологічних груп, у тому числі три з них олімпійського рівня: Дефлімпійські ігри (вади слуху), Паралімпійські ігри (особи з порушенням опорно-рухового апарату, вадами зору та відхиленнями розумового розвитку) і Спеціальні Олімпіади (для осіб з відхиленнями розумового розвитку). Паралімпійський спорт виник в другій половині ХХ ст. й розглядався його фундаторами як один з засобів реабілітації й адаптації інвалідів [7, с.65.] Адаптивна фізична культура і спорт інвалідів сприяють розкриттю як фізичних так і особистих якостей осіб з обмеженими можливостями. Якщо в інших країнах він носить суспільний характер, то в Україні знаходяться на державному рівні: Різні джерела констатують, що на 2010 р. в Україні діяли 114 підрозділів регіональних центрів «Інваспорт» в містах і районах, 123 фізично-спортивних клубів, відкрито 27 дитячо-юнацьких спортивних шкіл для інвалідів. Більше 52 000 осіб, з них – 16 000 з яких діти шкільного віку відвідують фізкультурно-реабілітаційні групи і спортивні секції. Утворення фізично-спортивних та оздоровчих клубів в 1989 р. дало початок формуванню спортивного руху інвалідів. Такі об'єднання стали основою для створення Національної федерації спорту для людей з обмеженими можливостями. У людей з проблемним слухом популярністю користується футбол. Відомі види спорту серед людей з обмеженими можливостями в – це легка атлетика, баскетбол на колясках, настільний теніс, шахи, плавання. Система фізичної культури і спорту інвалідів в нашій країні включає в

себе підсистеми: лікувально-реабілітаційну, фізично-оздоровчу, масовий спорт інвалідів, спорт високих досягнень, включаючи міжнародні змагання [6, с. 105]. Розвиток спорту для осіб з обмеженими можливостями висвітлюється у 50 виданнях.

Адаптивний спорт якісно змінює інвалідів, дозволяючи проявити власні здібності, формує впевненість, можливість набуття вмій та навичок, що мають вплив на вирішення життєвих проблем: отримання освіти, працевлаштування, надає можливості для осіб з інвалідністю у розвитку їхніх родин соціальних навичок, пошуку нових знайомств за межами родин, формуванні лідерських якостей, самодисципліни та відповідальності. Вагоме місце у вихованні дітей – інвалідів належить сімейному спортові. Для сімейного заняття фізичною культурою важливі зимові й літні види спорту: катання на ковзанах і санчатах, плавання, аеробіку, вправи на тренажерах, біг, ходьбу, шахи, спортивні ігри, танці. Формами сімейного заняття фізичною культурою є ранкова гімнастика, рухливі ігри, туристичні прогулянки [9, с.53].

Важливість спорту як засобу для покращення життя осіб з інвалідністю відображено в міжнародних угодах, стратегіях, програмах: Міжнародна хартія фізичного виховання і спорту (1978 р., ЮНЕСКО); Всесвітня програма дій для підвищення рівня профілактики реабілітації осіб з обмеженими можливостями (1982 р., ООН); Стандарти правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю (1993 р., ООН); Всеамериканська конвенція про ліквідацію форм дискримінації щодо осіб з інвалідністю, прийнятої в 1999 р., діюча з 2001 р., ратифікована в 17 країнах закликає уряди держав до сприяння інтеграції осіб з обмеженими можливостями до державного і приватного секторів у наданні товарів, послуг, коштів для програм, заходів у спорті [3, с.65 – 66].

Фізична культура та спорт будучи частиною культури суспільства та однією з інституцій суспільства виконує соціальні функції. Особливого значення роль фізичної культури і спорту набуває у підлітковому віці. Спорт допомагає виховувати цілеспрямованість, чесність, правдивість, творчість. Заняття спортом для інвалідів організують вільний час, формують характер, сприяють зміцненню здоров'я, відволікають від песимістичних роздумів, залучають особу до спілкування і суспільної діяльності, мобілізують духовні сили. Кожен вид спорту є одним із проявів загальної і специфічної фізичної дії на організм людини. Так, види боротьби розвивають стійкість, відчуття рівноваги; гімнастика і лижний спорт – уміння координувати просторові рухи, підвищує показники сили та силової витривалості, здатність балансувати; ігрові види спорту – просторово-часову координацію, периферичний зір [10].

Отже, заняття фізичною культурою та спортом допомагають людям з обмеженими можливостями самореалізуватися і самовизначитися у різних сферах життєдіяльності, стати активними, корисними членами соціуму. Засоби фізичної культури та спорту залучають осіб до активного соціального життя і професійної діяльності, створюють сприятливі умови для їх фізичної, психологічної і соціальної адаптації.

Література:

1. Бріскін Ю. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: Навч. посіб. – Львів: Ахіл, 2003. – 128 с.
2. Закон України «Про фізичну культуру і спорт». – (Електронний ресурс) // Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3808-12>
3. Когут І. Соціально-гуманістичні засади адаптивного спорту як складової адаптивної фізичної культури // Теорія і методика фізичного виховання і спорту – 2015. – № 2. – С.65 – 71.

4. Матвеев С., Когут І., Шульга Л. Дисципліна «Спорт інвалідів» у структурі фахової підготовки студентів НУФВСУ // Теорія і методика фізичного виховання і спорту – 2006. – № 1. – С.13 – 16.

5. Національна доктрина розвитку фізичної культури і спорту. – К.: Держкомспорт України, 2004. – 16 с.

6. Олійник Л., Остапова О. Проблеми і перспективи інвалідного спорту в Україні // Роль фізичної культури та спорту в становленні та зміцненні генофонду України Всеукраїнська студентська науково – практична конференція ПНПУ ім. В. Г. Короленка. – Полтава, 2010. – С. 103 – 107.

7. Платонов В. Н. Адаптація в спорті. – К.: Здоров'я, 1988. – 216 с.

8. Стеценко А.И. Особенности развития пауэрлифтинга в системе адаптивного спорта // Адаптивная физическая культура. – 2013. – № 4 (56). – С.10-12

9. Улько В., Цимбалюк О. Значення сімейної фізичної культури в житті дітей інвалідів // Роль фізичної культури та спорту в становленні та зміцненні генофонду України Всеукраїнська студентська науково – практична конференція ПДПУ імені В. Г. Короленка. – Полтава, 2006. – С.52-54

10. Чудна Р. В. Теорія адаптивного фізичного виховання – К.: Наукова думка, 2003. – 272 с.

Науковий керівник – виклад. Мякота Олександр Григорович.

Шевченко О.О.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОПТОВОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Формування ринкових відносин в Україні сприяє розвитку торгівлі лікарськими засобами. Саме оптова торгівля лікарськими засобами гарантує право громадян на отримання доступних та якісних ліків. Також оптова торгівля забезпечує значні надходження до державного бюджету, оскільки, як стверджує Л. І. Куц, такі види діяльності увійшли до п'ятірки найприбутковіших галузей світової економіки [1, с. 1]. Однією із умов успішного функціонування відповідних відносин є їх ефективне законодавче регулювання. Тому дослідження питання особливостей правового регулювання оптової торгівлі лікарськими засобами є актуальним на сьогодні.

Питання правового регулювання оптової торгівлі лікарськими засобами присвятили свої праці такі вчені як, О.М. Гуєв, В.М. Пашков, О.П. Печений, Ф.І. Жибровська, І. Л. Куц та інші.

Діяльність оптової торгівлі лікарськими засобами регулюється наступними нормативно-правовими актами, зокрема Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законом України «Про лікарські засоби», Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Наказом МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» від 31.10.2011 № 723.

Відповідно до ч. 2 ст. 2 Закону України «Про лікарські засоби» лікарський засіб – це будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох АФІ та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного

або декількох АФІ та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 31.10.2011 № 723, оптова торгівля лікарськими засобами – це діяльність з придбання лікарських засобів у виробників лікарських засобів або інших суб'єктів господарювання, що мають відповідну ліцензію, зберігання, транспортування та продажу лікарських засобів з аптечних складів (баз) іншим суб'єктам оптової або роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які отримали на це відповідні ліцензії, та безпосередньо лікувально-профілактичним закладам і виробникам лікарських засобів.

Тож, як впливає із вищезазначеного оптова торгівля здійснюється через аптечні бази. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 723 під аптечним складом (базою) розуміє заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення лікарськими засобами інших суб'єктів оптової або роздрібною торгівлі, закладів охорони здоров'я та виробників лікарських засобів шляхом здійснення ним оптової торгівлі.

Як зазначено у п. 10 ст. ч. 1 ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», діяльність щодо оптової торгівлі лікарськими засобами підлягає ліцензуванню.

У свою чергу, згідно із Наказом МОЗ України від 31.10.2011 № 723 приймання документів, що подаються для одержання ліцензії, видача, переоформлення, анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ і ліцензійних реєстрів, контроль у межах своєї компетенції за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов, видача розпоряджень про усунення порушень проводяться Державною службою України з лікарських засобів. Відповідним нормативно-правовим актом закріплюється детальна процедура подання документів на отримання ліцензії для провадження оптової торгівлі лікарськими засобами.

В контексті дослідження оптової торгівлі лікарськими засобами важливо зупинитися на загальноорганізаційних та спеціальних вимогах, що висуваються до суб'єктів, що провадять дану діяльність. Як відмічено в Наказі МОЗ України від 31.10.2011 № 723, оптова торгівля лікарськими засобами повинна здійснюватись з додержанням чинних настанов з належних практик дистрибуції та зберігання, гармонізованих із законодавством ЄС. Дослідженню відповідних вимог присвятив свою працю Гудзь Н. І.

Так, вчений виділив основні вимоги оптової торгівлі лікарськими засобами, котрих повинен дотримуватися суб'єкт здійснення даної діяльності, зокрема: – лікарські засоби, що закуповуються і реалізуються повинні бути зареєстровані згідно з чинним законодавством; – постійно повинні дотримуватися умови зберігання лікарських засобів, включаючи період транспортування; – повинна бути виключена контамінація лікарських засобів іншими лікарськими засобами і навпаки; – повинна мати місце відповідна оборотність складових лікарських засобів; – лікарські засоби повинні зберігатися в безпечних умовах у приміщеннях, що охороняються [2, с. 256]. На мою думку, вищезазначені умови є основою провадження діяльності з оптової торгівлі лікарських засобів.

Як відмічає Гудзь Н. І., суб'єкт здійснення оптової торгівлі лікарськими засобами повинен мати достатню кількість кваліфікованих працівників. Персонал повинен відповідати кваліфікаційним вимогам, визначеним у Ліцензійних умовах. Ке-

рівний персонал аптечного складу (бази), де зберігаються лікарські засоби, повинен мати достатні повноваження, відповідну кваліфікацію та досвід для забезпечення належного зберігання лікарських засобів і поводження з ними. У кожному аптечному складі (базі) повинна бути призначена принаймні одна Уповноважена особа, яка має відповідні повноваження і несе відповідальність за створення, впровадження та функціонування системи якості. Уповноважена особа повинна особисто виконувати свої обов'язки, мати вищу фармацевтичну освіту і стаж роботи за спеціальністю не менше 2 років. Суб'єкт здійснення оптової торгівлі повинен забезпечити підвищення кваліфікації персоналу, діяльність якого може вплинути на якість продукції, при цьому як наголошує вчений факти підвищення кваліфікації необхідно протоколювати [2, с. 257]. Вищезазначене свідчить про підвищену відповідальність суб'єктів провадження відповідної діяльності, що є виправданим, адже недодержання вимог може призвести до порушення прав громадян у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, правове регулювання оптової торгівлі лікарськими засобами представлено рядом чинних нормативно-правових актів. Законодавство України детально регламентує порядок провадження даної діяльності та закріплює перелік вимог, що забезпечують ефективне здійснення оптової торгівлі лікарськими засобами.

Література:

1. Л. І. Куц Господарсько-правове регулювання виробництва та торгівлі лікарськими засобами: Автореф. дис... канд. юрид. наук: 12. 00. 04 / Л. І. Куц; НАН України. Ін-т екон. – прав. Дослідж. – Донецьк, 2004. – 20 с.

2. Належні практики у фармації: практикум для студ. вищих мед. Навч. закладів / Гудзь Н. І., Калинюк Т. Г., Білоус С. Б., Сметаніна К. І.; за ред. Т. Г. Калинюка. – Вінниця: Нова книга, 2013. – 368 с.

Шишко І.М.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДОГОВІР ОРЕНДИ ЗЕМЕЛЬНОЇ ЧАСТКИ (ПАЮ)

З проголошення Україною незалежності та відмовою від адміністративно-командних методів регулювання економіки почалися докорінні зміни у всіх сферах суспільного життя. Такі зміни торкнулися і сільського господарства, основою якого є земля. Земля на конституційному рівні проголошується основним національним багатством, що перебуває під особливою охороною держави. Земельна реформа, яка почалась з 1991 року започаткувала приватну та колективну власність на землю.

Договірним відносинам оренди землі та оренди земельної частки (паю) присвятили свої роботи А.Г. Брунь, Н.В. Ільницька, В.І. Семчик, Ж.Л. Чорна, М.В. Шульга та інші науковці. Слід зазначити, що дослідження вказаних вчених стосувалися в більшій мірі договорів оренди землі, тоді, як договори оренди земельних часток залишалися менш дослідженими.

Тому, метою даної роботи є встановлення особливостей договору оренди земельної частки (паю) та порядку його переукладення в разі виділення земельної частки в натурі.

З переходом землі у приватну власність почали зароджуватися договірні відносини, предметом яких стає земля. Власники землі отримали можливість розпоряджатися нею шляхом укладення договорів. Одним із договорів, який забезпечив можливість власникам реальну можливість розпоряджатися землею став договір

оренди. Законом України «Про оренду землі» від 06.10.1998р., а саме ст. 1 встановлено, що оренда землі – це засноване на договорі строкове платне володіння і користування земельною ділянкою, необхідною орендареві для проведення підприємницької та інших видів діяльності. Відповідно до вищевказаного закону договір оренди землі – це договір, за яким орендодавець зобов'язаний за плату передати орендареві земельну ділянку у володіння і користування на певний строк, а орендар зобов'язаний використовувати земельну ділянку відповідно до умов договору та вимог земельного законодавства. Зазначене положення законодавства стосується лише сформованої земельної ділянки, тобто частини земної поверхні з установленними межами, певним місцем розташування, з визначеними щодо неї правами. В той же час, в перехідних положеннях Закону України «Про оренду землі» вказано, що громадяни – власники сертифікатів на право на земельну частку до виділення їм у натурі земельних ділянок мають право укладати договори оренди земель сільськогосподарського призначення, місце розташування яких визначається з урахуванням вимог раціональної організації території і компактності землекористування, відповідно до цих сертифікатів. На підставі аналізу даних положень можна зробити висновок, що Закон України «Про оренду землі» встановлено два види оренди землі, а саме, оренда земельної ділянки та оренда земельної частки. З цього приводу Державний комітет України по земельних ресурсах в своєму листі від 13.03.2001р. зазначає, що оренда земельної частки (паю) та оренда земельної ділянки за предметом є суттєво різні якісні відносини. Оскільки, у випадку оренди земельної частки (паю) встановлюються орендні відносини щодо права на земельну частку (пай), яка є умовною часткою, розмір якої визначений в умовних кадастрових гектарах, місцезнаходження та межі якої не визначені. Слід також звернути увагу на те, що оскільки земельна частка не є земельною ділянкою, то вона не відноситься до об'єктів нерухомого майна, речові права щодо яких підлягають державній реєстрації відповідно до Закону України «Про державну реєстрацію речових прав на нерухоме майно та їх обтяжень». З даних положень чинного законодавства можна зробити висновок, що договір оренди земельної частки (паю) не має точно визначеного предмета, що відповідно до цивільного законодавства є істотною умовою договору і без якої договір не може бути укладений.

Особливістю договору оренди земельної частки (паю) є наявність типової форми договору, яка затверджена наказом Державного комітету України по земельних ресурсах від 17.01.2000 р. Даним нормативно-правовим актом встановлені особливі умови такого договору (мета, термін дії, орендна плата). Метою договору є передання земельної частки в оренду для сільськогосподарських потреб. Орендна плата може встановлюватися в грошовій, натуральній та відробітковій формі. Сторони договору на свій розсуд визначають розмір такої плати, але вона не повинна бути меншою ніж передбачено чинним законодавством. А, відповідно до Указу Президента України. «Про додаткові заходи щодо соціального захисту селян – власників земельних ділянок та земельних часток (паїв)» від 02.02.2002р. розмір орендної плати земельних часток (паїв) встановлюється не менше 3 відсотків визначеної відповідно до законодавства вартості земельної ділянки, земельної частки (паю). Термін договору визначається за погодженням сторін, які повинні також визначитись з початком дії договору та з моментом закінчення його дії.

Указом Президента «Про невідкладні заходи щодо прискорення земельної реформи у сфері сільськогосподарського виробництва» від 06.08.2007р. рекомен-

довано прискорити передачу відповідно до земельного законодавства безплатно у колективну власність земель кооперативам, КСП, АТ, у тому числі створеним на базі радгоспів та інших державних сільськогосподарських підприємств. В цьому ж Указі гарантується право кожного члена таких утворень безперешкодного виходу з них та одержати безкоштовно у приватну власність свою частку землі (пай) у натурі, що засвідчується державним актом на право приватної власності на землю. Судова палата у цивільних справах Верховного Суду України у практиці розгляду судами земельних спорів звертає увагу на те, що реформування колективних сільськогосподарських підприємств на засадах приватної власності на землю повинно здійснюватися шляхом забезпечення членам таких підприємств права вільного виходу з них із земельними частками.

Відповідно до п. 17 “Перехідних положень” Земельного Кодексу від 25.10. 2001 р. (надалі – ЗК) сертифікати на право володіння земельною часткою (паєм), отримані громадянами, вважаються правовстановлюючими документами при пред’явленні ними вимоги на відведення земельної частки (паю) в натурі відповідно до законодавства. Статтею 2 Закону України «Про порядок виділення в натурі (на місцевості) земельних ділянок власниками земельних часток (паїв)» встановлено, що основним документом, що посвідчує право на земельну частку (пай), є сертифікат на право на земельну частку (пай). Згідно зі ч. 3 ст. 3 даного закону земельна частка (пай) виділяється її власнику в натурі, як правило, однією земельною ділянкою.

Особливості переукладання договорів оренди в разі виділення земельної частки (паю) в натурі встановлені в «Перехідних положеннях» Закону України «про оренду землі», де встановлено, що після виділення в натурі земельних ділянок власникам земельних часток (паїв) договір оренди землі переукладається відповідно до державного акта на право власності на земельну ділянку на тих самих умовах, що і раніше укладений, і може бути змінений лише за згодою сторін. У п. 8 “Перехідних положень” ЗК передбачено переважне право сільськогосподарських підприємств, які раніше уклали договори оренди земельних часток (паїв), на переукладення договору оренди після отримання власником державних актів на право приватної власності на землю. Колегія суддів Судової палати у цивільних справах Верховного Суду України своєю ухвалою від 28.03.2007р. уточнила дані положення, і зазначила, що хоча чинним законодавством і передбачено право переукладання договору оренди, але такі положення не можуть бути примусом для власника земельної ділянки.

З вищевикладеного можна зробити висновок, що договір оренди земельної частки (паю) є специфічною правовою конструкцією, яка дозволяє власникам реалізовувати свої права щодо розпорядження земельними частками до того, як вони будуть виділені в натурі та посвідчені державним актом на земельну ділянку. Але, невідповідність спеціального законодавства, що регулює дані відосини іншим нормативно правовим актам суттєво ускладнює застосування договору оренди земельної частки (паю).

Шишко І.М.
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДОГОВОРОМ КОНСИГНАЦІЇ

Перехід України до ринкових відносин та відмова від адміністративно-командних методів регулювання економіки, зумовило відродження принципів рівності всіх форм власності, свободи договору господарської та підприємницької діяльності, що сприяло розвитку договірних відносин у всіх сферах суспільного життя. Сторони договору отримали можливість обирати контрагентів, визначати умови договору за спільною домовленістю та укладати змішані договори. Вищезазначені процеси не могли не вплинути на ринок лікарських засобів, який останнім часом все більше насичується товарами, через що діяльність фармацевтичних підприємств щодо підвищення попиту на вироблену продукцію та вдосконалення методів її реалізації стають одними з пріоритетних напрямків їх розвитку. Реалізація лікарських засобів – це специфічний вид правових відносин, який вимагає від своїх учасників, тобто суб'єктів підприємницької діяльності отримання спеціальних дозволів (ліцензій), якими держава підтверджує можливість конкретного суб'єкта займатися даним видом господарської діяльності. Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015р., а саме п. 10 ст. 7 даного закону встановлено, що оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів підлягають ліцензуванню.

Реалізація лікарських засобів здійснюється згідно з договорами купівлі-продажу, поставки, доручення, комерційної концесії та ін. Договори, що укладаються між суб'єктами господарювання повинні містити умови, які встановлюються сторонами за домовленістю та специфічні умови, які необхідні для договорів відповідно до закону. Статтею 180 Господарського Кодексу України (надалі – ГК) встановлено, що зміст господарського договору становлять умови договору, визначені угодою його сторін, як погоджені сторонами, так і ті, що приймаються ними як обов'язкові умови договору відповідно до законодавства. Так, оскільки реалізація лікарських засобів є специфічним видом правових відносин, то будь-який договір з реалізації даного виду товарів повинен додатково містити особливі умови, які передбачені законодавчими актами про лікарські засоби.

Особливою групою договорів, які використовуються суб'єктами підприємницької діяльності є посередницькі договори. Сутність таких договорів полягає у залученні комерційних представників, які діють в інтересах контрагента, тим самим створюючи для нього повні юридично значущі наслідки. Серед договорів даного типу особливу увагу необхідно звернути на договір консигнації, за яким консигнатор надає консигнанту посередницькі послуги змішаного характеру у сфері торгового обігу. З цього приводу слід зазначити, що в разі укладення договорів консигнації на реалізацію лікарських засобів слід дотримуватися додаткових умов пов'язаних з якістю, терміном та умовами зберігання, наявністю кваліфікованого персоналу, реєстрацією лікарського засобу. Договір консигнації є тією договірною конструкцією, яка не знайшла свого закріплення у чинних Цивільному та Господарському кодексах України, але згадку про даний договір можна віднайти в інших нормативно-правових актах. Одним із таких нормативних актів є постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2007 р. «Про затвердження Порядку продовження

строків розрахунків за зовнішньоекономічними операціями»(надалі – Постанова), в якій зазначено, що договір консигнації – це операція з реалізацією товарів, відповідно до якої одна сторона (консигнатор) зобов'язується за дорученням другої сторони (консигнанта) продати протягом визначеного часу за обумовлену винагороду з консигнаційного складу від свого імені товари, які належать консигнанту. Незважаючи на те, що конструкція даного договору схожа на договір комісії, і те, що окремі нормативно-правові акти отожднюють зазначені договори, договір консигнації є самостійною договірною конструкцією, яка має індивідуальні ознаки, та ознаки, які характерні для договорів комісії, перевезення, поставки, доручення тощо.

Найголовнішою індивідуальною ознакою консигнаційного договору є його господарсько-правова природа. Висновок про приналежність консигнаційних договорів до господарсько-правових можна зробити проаналізувавши Постанову, де вказується, що договір консигнації належить до операцій, що здійснюються резидентами – суб'єктами зовнішньоекономічної діяльності незалежно від форми власності. Відповідно до Закону України «Про зовнішньоекономічну діяльність» від 16.01.1991 р. під зовнішньоекономічною діяльністю розуміється виключно діяльність суб'єктів господарської діяльності. Наступною індивідуальною ознакою є спеціальний суб'єктний склад. Оскільки консигнаційні договори належать до господарських, то сторонами за даним договором можуть бути лише господарюючі суб'єкти і не господарюючі суб'єкти – юридичні особи. Дане положення вказане в ст. 179 ГК, де зазначається, що господарсько-договірними зобов'язаннями є майново-господарські зобов'язання, які виникають між суб'єктами господарювання або між суб'єктами господарювання і не господарюючими суб'єктами – юридичними особами на підставі господарських договорів. Ще однією індивідуальною ознакою даних договорів є перелік істотних умов. Для укладення договорів консигнації сторони зобов'язані погодити предмет, ціну та строк дії договору. Перелік істотних умов даного договору визначається в ч. 3 ст. 180 ГК, де встановлено, що при укладенні господарського договору сторони зобов'язані у будь-якому разі погодити предмет, ціну та строк дії договору, а також в Постанові, в якій вказується, що консигнатор зобов'язується продати товар протягом визначеного часу за обумовлену винагороду. Суттєвою індивідуальною ознакою договорів консигнації є продаж консигнатором товару з консигнаційного складу. Слід звернути увагу на те, що у зв'язку з відсутністю на території України консигнаційних складів, товари, які ввозяться на митну територію України згідно з договорами консигнації, розміщуються на митних ліцензійних складах у режимі митного складу. Вимоги, яким повинні відповідати митні склади вказані в наказі Міністерства фінансів України від 16.07.2012 р. «Про затвердження Порядку надання складським об'єктам статусу «митний склад» та позбавлення такого статусу».

Підсумовуючи вищевикладене можна зробити висновок, що консигнаційний договір є досить ефективною договірною конструкцією, яка дозволяє суб'єктам господарювання реалізовувати свою продукцію на міжнародному ринку з залученням посередників, що значно полегшую процес реалізації товарів. Якщо вести мову про реалізацію лікарських засобів за даним договором, то слід зазначити, що крім загальних вимог, якими повинні керуватися особи при укладанні договорів, в дію вступають також умови, передбачені спеціальним законодавством про лікарські засоби. Незважаючи на ефективність та поширеність даного договору у практиці, законодавча неврегульованість значно ускладнює процес його застосування,

тому вважаємо за доцільне доповнити чинне законодавство, а саме Цивільний Кодекс України нормами, які б детально регулювали відносини, що виникають між суб'єктами за договором консигнації.

Штанько О.С.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У ст. 49 Конституції України [1] проголошено право кожної особи на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. А Семенова відзначає, що, держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. [6, с. 145]. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

І.Я.Семенюк вважає, що серед законів, необхідних для заповнення прогалин у законодавстві в сфері охорони здоров'я, слід звернути особливу увагу на законодавчі акти, що забезпечують функціонування такого елементу системи охорони здоров'я, тоного послуг, які забезпечують отримання «ефективних, безпечних та якісних персоналізованих та не персоналізованих заходів для тих, хто відчуває у них потребу, там і тоді, де є така потреба, з мінімальною витратою ресурсів» [7, с. 115].

Варто відзначити, що протягом останніх років у законодавчому забезпеченні належного надання послуг з охорони здоров'я окреслився певний прогрес. Так, зокрема, у Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [3] медичні заклади поділяються на:

– державні, майно яких є державною власністю, фінансуються за рахунок Державного бюджету та знаходяться в управлінні центрального органу виконавчої влади в сфері охорони здоров'я та інших центральних органів виконавчої влади, а також заклади, які перебувають у власності громадських організацій, в тому числі, які знаходяться і в управлінні Академії медичних наук України;

– комунальні заклади охорони здоров'я, що діють на основі комунальної власності територіальної громади або спільної власності територіальних громад;

– приватні заклади охорони здоров'я, що діють на основі приватної власності.

Тож, Закон удосконалив дефініцію і передбачив додаткові вимоги до закладів охорони здоров'я, визначив види медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація), встановив систему стандартів у сфері охорони здоров'я.

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [2] від 5 липня 2012 р. визначив засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги та організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою.

Водночас для подальшого реформування системи охорони здоров'я в частині надання послуг з охорони здоров'я необхідне розроблення і прийняття й інших законодавчих актів.

Першочерговим є прийняття закону, який би врегулював особливості діяльності закладів охорони здоров'я. Невипадково Комітетом з економічних реформ при Президентові України було запропоноване розроблення проекту Закону України «Про заклади охорони здоров'я»[5], спрямованого на удосконалення порядку організації медичного обслуговування населення та діяльності закладів охорони здоров'я, забезпечення підвищення якості медичного обслуговування, запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг, створення механізмів раціонального використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі. У цьому контексті також важливо відзначити, що відповідно до ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я у редакції Закону від 7 липня 2011 р. порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом[3].

На розвиток згаданої пропозиції та на виконання вищевказаних законодавчих вимог у проекті рекомендацій парламентських слухань на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України», що відбулися 5 червня 2013 р., Кабінету Міністрів України було рекомендовано подати в установленому порядку Верховній Раді України опрацьований за участю Національної академії наук України, всеукраїнських організацій медичних працівників та пацієнтів проект Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичну діяльність» [4].

Видається, що з огляду на необхідність урегулювання діяльності закладів охорони здоров'я різних типів (в тому числі аптечних), а також діяльності фізичних осіб – підприємців, особливостей надання медичної допомоги різних видів та здійснення закладами охорони здоров'я іншої, ніж медична допомога, діяльності щодо медичного обслуговування населення, доцільно розробити і прийняти закон під назвою «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування населення».

Література:

1. Конституція України: прийнята Верховною Радою України 28.06.1996 р., 96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – №30. – Ст. 141.
 2. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» // Відомості Верховної Ради. -2013. -№30, ст.340 (Зі змінами та доповненнями)
 3. Основи законодавства України про охорону здоров'я у редакції Закону від 7 липня 2011 р// Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17
 4. Проект рекомендацій парламентських слухань на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» // Аптека. – 2013. – 6 червня [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/235648>
 5. Проект Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування населення», розроблено Міністерством охорони здоров'я України на виконання Указу Президента України від 12.03.2013 № 128.
 6. Семенова А. Юридична природа права на охорону здоров'я / А. Семенова/ Публічне право. - 2014. -№4. -С.145-149.
 7. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження): дис. ... канд. юрид. Наук: спец.12.00.01/І. Я. Сенюта/ Львівський над. Ун-т. ім. Івана Франка. – Львів, 2006. -217с.
- Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.*

Яровий Ю.Є.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Двоєдина приватно-публічна сутність господарської діяльності аптечних закладів є сутністю сфери охорони здоров'я, проблеми правового регулювання господарських відносин на фармацевтичному ринку України. Правове положення даних суб'єктів господарювання регулюється законодавством в сфері охорони здоров'я та нормами господарського законодавства, проте залишаються питання, рішення яких потрібно зафіксувати у законодавстві, оскільки від визначеності правового статусу вищевказаних суб'єктів наряду та регулювання їх торгівлі залежить якість та безпечність медичних виробів, які поставляються населенню. Зазначене зумовлює актуальність дослідження особливостей суб'єктів, що займаються виробництвом і здійснюють торгівлю медичними виробами.

Проблема дослідження правосуб'єктності суб'єктів господарського права ґрунтується на потужній практичній актуалізації, а також була і залишається предметом досліджень з боку вчених-господарників, зокрема В. Мамутова, Г. Знаменського, Д. Задихайла, В. Хахуліна, А. Пилипенко, В. Щербини, Є. Суханова, О. Підпригори та ін.

У Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженому наказом МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385, окремим пунктом відокремлено фармацевтичні (аптечні) заклади, до яких належать аптеки, аптечні бази (склади) тощо. При цьому, згідно з цим наказом, аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами та виробами медичного призначення [1].

Для аптечних закладів, через які здійснюється торгівля медичними виробами, обов'язковою є акредитація, що проводиться Головною комісією з акредитації фармацевтичних (аптечних) закладів при Міністерстві охорони здоров'я України та була введена шляхом прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 17.12.2012 № 1216 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765» [2]. Враховуючи зазначене, можна сказати, що дана ознака суб'єктів господарювання, що здійснюють виробництво і торгівлю медичними виробами, ускладнена порівняно з іншими суб'єктами та потребує додаткових часових і матеріальних затрат [3].

Характеризуючи правосуб'єктність суб'єктів господарювання можна виокремити основні ознаки суб'єктів господарювання. Зокрема: 1) здійснення господарської діяльності; 2) майнова відокремленість; 3) наявність господарської компетенції; 4) легітимність існування в якості суб'єкта господарювання; 5) самостійну відповідальність за результати господарської діяльності. Зазначені ознаки мають свої особливості по відношенню до суб'єктів господарювання, що виробляють і здійснюють торгівлю медичними виробами.

Введення в обіг та/або в експлуатацію медичних виробів дозволяється тільки в разі, коли вони повністю відповідають вимогам технічних регламентів, за умови належного постачання, встановлення, технічного обслуговування та застосування їх за призначенням зокрема, Розділом II Додатку № 1 Технічного регламенту щодо медичних виробів встановлюються вимоги до розроблення і виготовлення медич-

них виробів. Де вказано, що медичні вироби повинні бути розроблені і виготовлені таким чином, щоб гарантувати відповідність їх характеристик та експлуатаційних показників вимогам [4].

Наступною ознакою суб'єктів господарювання в сфері виробництва і торгівлі медичними виробами, відповідно до ст. 19 Закону України «Про лікарські засоби», є наявність господарської компетенції (правосуб'єктності), а саме ліцензії.

Господарська правосуб'єктність, зазначають В. Мамутов, Г. Знаменський та В. Хахулін, – це визнана законодавством сукупність загальних юридичних можливостей щодо участі в господарській діяльності та керівництво нею. Аналізуючи викладене, можна зробити висновок про те, що для суб'єктів господарювання встановлені законодавством правовідносини з приводу оптової та роздрібною реалізації товарів аптечного асортименту, зокрема лікарських засобів, не можуть перетворитися на об'єктивну дійсність без спеціальної господарської компетенції його учасників.

З наведеного можна зробити висновок про те, що разом із ГК України, ЦК України та іншими законодавчими актами, які передбачають механізми реалізації публічних інтересів, підставою виникнення спеціальної правоздатності суб'єктів господарювання, аптечна діяльність яких пов'язана з реалізацією лікарських засобів, можуть бути інші правові акти, до яких належать ліцензії на здійснення ліцензованих видів діяльності, пов'язаних з торгівлею лікарськими засобами, а також механізми реалізації публічних інтересів, рішення уповноважених державних органів на провадження видів діяльності у сфері дії загальних обмежень та закріплення у статутних документах, зокрема, юридичних осіб вичерпного переліку дозволених видів діяльності.

На думку Н.С.Морщагіна, реалізація роздрібною фармацевтичної продукції в аптечних закладах у широкому розумінні – одна із форм організації товарного ринку фармацевтичної продукції; у вузькому – певний тип організаційної структури, що синтезував низку ознак і функцій, покладених на суб'єктів реалізації фармацевтичної продукції – аптечні заклади, який характеризується сукупністю відповідних параметрів, передбачених у ліцензійних умовах, у тому числі площа торговельних, складських, допоміжних та службових приміщень, асортимент фармацевтичної продукції, форма обслуговування, кваліфікація та кількість персоналу, наявність власного виробництва [5].

На підставі викладеного можна констатувати, що роздрібна торгівля в аптечних закладах належить до господарсько-торговельної діяльності, що здійснюється суб'єктами господарювання у сфері товарного обігу, спрямованої на реалізацію продукції народного споживання, а також допоміжної діяльності, яка забезпечує їх реалізацію шляхом надання інших супутніх послуг, для якої таким суб'єктам господарювання необхідно володіти спеціальною правоздатністю та відповідати певним критеріям, таким як володіти спеціальною матеріальною базою і відповідності ліків спеціальним технічним регламентам.

Література:

1. Морщагіна Н. С., Особливості господарської компетенції аптечних закладів // Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». – 2012. – № 2 (9). – С. 189-196;

2. Пашков В. М. Акредитація аптечних закладів: наслідки запровадження II Щотижневик Аптека. – 2013. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/206013>. – Заголовок з екрану;

3. Коротич Є. О. Особливості правового статусу суб'єктів господарювання, що виробляють та здійснюють торгівлю медичними виробами // Право і суспільство. – 2013. – №6-2. – С.122-126;

4. Технічний регламент щодо медичних виробів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753 II Офіційний вісник України. – 2013. – № 82. – С. 158;

5. Морщагіна Н. С. Господарсько-правове забезпечення діяльності аптечних закладів // Вісник Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого. – 2011. – № 6. – С. 208-215.

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

Яценко Є.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

Невід'ємним елементом права людини на охорону здоров'я є належне забезпечення доступу до медичних препаратів. Однак в Україні наявна проблема низької доступності ліків для багатьох соціальних груп. Такі негативні тенденції зумовлюються відсутністю дієвої системи ціноутворення на медикаменти та компенсації їх вартості. З огляду на зазначене та на євроінтеграційний курс України та ратифікацію Угоди про Асоціацію між ЄС та України, актуальним є вивчення досвіду державного регулювання цін на лікарські засоби у державах-членах ЄС з метою його запозичення.

Дослідженням питання державного регулювання цін на лікарські засоби займалися В.М. Пашков, А.В. Беліченко, Є.Г. Книш, Н.М. Кисіль та ін.

На сьогодні в державах-членах Європейського Союзу відсутня спільна політика щодо ціноутворення у сфері фармацевтики. Засоби і методи регулювання цін на медикаменти суттєво відрізняються між державами. Деякі держави безпосередньо регулюють ціни на препарати (Франція й Італія), тоді як деякі інші впроваджують обмеження на відшкодування витрат в межах соціального страхування (наприклад, Німеччина) [1, с.3].

Виділяють наступні ключові методи регулювання цін на лікарські засоби:

– реєстрація цін – це встановлення максимальної ціни на лікарський засіб на певний термін, при якому ціна встановлюється на рівні закупівельних, роздрібних цін або на рівні цін виробників з врахуванням порівняння цін на аналогічні вітчизняні/імпортні препарати. В деяких державах при реєстрації цін береться до уваги обсяг продажів, прибуток і структура витрат (у Бельгії та Швеції).

– еталонне ціноутворення – це встановлення ціни, яка визначає граничну (верхню) межу компенсації вартості медикаменту системою медичного страхування. У випадку, коли застрахована ціна є більшою за еталонну, тоді різницю доплачує пацієнт. Вказане ціноутворення вигідне і споживачам (оскільки дозволяє мінімізувати витрати на препарати), і виробникам (оскільки забезпечує рівень попиту на товари). При визначенні цін-еталонів враховують, як і при їх реєстрації, вартість

аналогів на внутрішньому і зовнішньому фармацевтичному ринку. До прикладу, в Швеції, ціна встановлюється на рівні ціни найбільш дешевого дженерика +10% і переглядається чотири рази в рік;

– закріплення граничних торговельних надбавок. У державах-членах ЄС оптові та роздрібні граничні торговельні надбавки встановлюються на рівні не більше 8 процентів та 25 процентів відповідно. До прикладу, у Чехії гранична надбавка в оптовій торгівлі складає від 9 до 12 процентів, роздрібною від 24 до 26 процентів. У Болгарії гранична оптова надбавка дорівнює 18 процентам, а роздрібною – 28 процентам від оптової ціни [2]

В Україні досліджуване питання врегульовується постановами Кабінету Міністрів: від 25 березня 2009 р. N 333 «Про деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» (зі змінами від 22 квітня 2015 р.) [3]; від 2 липня 2014 р. № 240 «Про Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення» [4]

Відповідно до Постанови КМУ № 333 на лікарські засоби та вироби медичного призначення, що включені до Національного переліку основних лікарських засобів та виробів медичного призначення (окрім наркотичних і психотропних лікарських засобів, а також прекурсорів і медичних газів) та обов'язкового мінімального асортименту (тобто соціально орієнтованих) лікарських засобів та виробів медичного призначення для аптечних закладів, визначеного МОЗ, граничні постачальницько-збутові надбавки не вище ніж 10 процентів, які нараховуються до оптово-відпускної ціни із врахуванням податків і зборів, а граничні торговельні (тобто роздрібні) надбавки не вище 25 процентів, які нараховуються до закупівельної ціни із врахуванням податків [3]

Як бачимо, у фармацевтичній сфері Україною застосовуються лише граничні надбавки (торговельно-роздрібні та постачальницько-збутові). Окрім цього в ЗУ «Про ціни та ціноутворення» існують поняття «фіксована ціна», а також «гранична ціна» [5].

Використання зарубіжного досвіду державного регулювання цін на лікарські засоби (використання реєстрації цін, а також механізмів компенсації вартості лікарських засобів) буде корисним в аспекті забезпечення права на доступ до медичних препаратів та буде одним із кроків гармонізації вітчизняного законодавства з правом ЄС.

Література:

1. Коссе І., Бетлій О. Регулювання цін на лікарські засоби в країнах ЄС. Аналітична записка. Інститут економічних досліджень та політичних консультацій
2. Кисіль Н.М. Регулювання цін на лікарські засоби Електронне наукове фахове видання “Ефективна економіка” №5, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1945>
3. Постанова КМУ від 25 березня 2009 р. N 333 «Про деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua
4. Постанова КМУ від 2 липня 2014 р. № 240 «Про Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua
5. Закон України «Про ціни та ціноутворення» від 21.06.2012 Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 19-20, ст.190

Каишальян М.Т.

студентка 4 курсу групи 43

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВИКОРИСТАННЯ ПОЛІГРАФА ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВОЇ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Впровадження поліграфа у вітчизняну правозастосовну практику, зокрема в кримінальне судочинство, на фоні позитивних змін у цьому напрямку, демонструє низку питань, які потребують ґрунтовного аналізу і фахової оцінки. Одним з таких є проблематика, пов'язана з проведенням психофізіологічної експертизи з використанням поліграфа (далі – ПФЕВП), яка виникла через законодавчу неврегульованість цього процесу в Україні. Слід констатувати, що нажаль однозначної відповіді відносно місця та ролі поліграфа немає і в чинному Кримінальному процесуальному кодексі України, на що покладали великі надії теоретики і практики вивчення цього питання. Однак відсутність прямих вказівок законодавця на заборону науково-технічного приладу поліграфа дає вагомий підстави стверджувати про таку можливість його застосування. Це підтверджується й тим, що жодний із чинних законів України не забороняє проведення ПФЕВП та використання її результатів у кримінальному судочинстві.

Дослідження основних засад зазначеного питання знайшло відображення у наукових працях вітчизняних та зарубіжних вчених таких як О. В. Белюшиної, В. К. Весельського, В. О. Варламова, Н. С. Карпова, Я. В. Комісарової, М. А. Селіванова, О. П. Сошнікова, Д. Й. Никифорчука, В. В. Семенова, Ю. І. Холодного та ін. [1, с. 133].

Про ефективність застосування поліграфа під час досудового слідства свідчить слідча практика багатьох країн світу. Зазначені технології неодноразово підтвердили свою доцільність і тривалий час успішно використовуються в США, Ізраїлі, Туреччині, Польщі, країнах Балтії та інших державах) [2, с. 6].

Проведення ПФЕВП є однією з форм реалізації спеціальних знань поліграфологів для кримінального судочинства, оскільки забезпечує методично кваліфіковані, обґрунтовані дослідження об'єктів, які мають значення для встановлення обставин розслідуваної події злочину [1, с.133].

Психофізіологічна експертиза з використанням поліграфа призначається в загальному порядку. Фактичною підставою її призначення є наявність фактичних даних, аналіз яких потребує використання спеціальних психофізіологічних знань. Такими фактичними даними можуть бути неузгодженості, суперечності, прогалини в показаннях, необхідність отримання інформації про певні обставини події, стосовно яких у сторін провадження є певні розбіжності, сумніви щодо правдивості показань тощо [3, с.103-104].

Юридичною підставою проведення психофізіологічної експертизи з використанням поліграфа може бути: 1) ухвала суду про доручення проведення експертизи, винесена за результатами розгляду клопотання сторін кримінального провадження або потерпілого (ч. 1 ст. 332 КПК); 2) ухвала суду про доручення проведення експертизи, винесена незалежно від наявності клопотання, якщо суду надані кілька висновків експертів, які суперечать один одному, а допит експертів не дав змоги усунути виявлені суперечності (ч. 2 ст. 332 КПК); 3) ухвала слідчого судді про доручення проведення експертизи, винесена за результатами розгляду клопотання сторони захисту (ст. 244 КПК); 4) постанова слідчого, прокурора про залучення експертів (ст. 244 КПК).

перта для проведення експертизи, в тому числі за клопотанням сторони захисту чи потерпілого (ч. 1 ст. 243 КПК); 5) договір про проведення експертизи між стороною захисту та експертом (ч. 2 ст. 243 КПК). В усіх перерахованих випадках має бути також заява про згоду на проведення психофізіологічної експертизи з використанням поліграфа [4].

Перш ніж почати дослідження можливих шляхів законодавчого закріплення ПФЕВП у законодавстві України, відмітимо, що за станом правового врегулювання питання щодо застосування поліграфа країни світу можна розподілити на чотири групи:

а) існує окремий закон (США, Литва, Молдова);

б) питання врегульовано завдяки нормам низки законодавчих актів, що стосуються широкого кола суспільних відносин (Індія, Македонія, Польща, Туреччина, Сербія, Словенія, Канада, Угорщина, Чорногорія);

в) регулювання питання відбувається згідно з підзаконними нормативно-правовими актами (Велика Британія, Бельгія, Болгарія, Білорусь, Ізраїль, Південна Корея, Чеська Республіка, Росія);

г) ситуацію нормативно не врегульовано (Латвія, Сінгапур, Японія) [2, с. 6].

Таким чином, вважаємо за необхідне прийняття Закону України «Про використання поліграфа для проведення психофізіологічної експертизи» або хоча б доповнення вже існуючого Закону України «Про судову експертизу» від 25 лютого 1994 р. № 4038–ХІІ чи Інструкції про призначення та проведення судових експертиз та Науково-методичних рекомендацій з питань підготовки та призначення судових експертиз, що затверджена наказом Міністерства юстиції України від 8 жовтня 2008 р № 53/5 такими основними питаннями як: визначення поняття «судової психофізіологічної експертизи із використанням поліграфа» та системи органів, що її забезпечуватимуть; правила та порядок проведення такого виду експертиз; підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації фахівців-поліграфологів тощо.

Список використаної літератури:

1. Мотлях О.І. Окремі проблемні питання психофізіологічної експертизи з використанням поліграфа та її результатів у кримінальному судочинстві в Україні / О.І. Мотлях // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2015. – Вип.32. – С.132-135.

2. Черней В.В. Напрями нормативного врегулювання та практичного впровадження використання поліграфа них технологій у правоохоронній сфері / В.В. Черней // Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ. – 2015. – № 1. – С. 5-12.

3. Пачевська В.І. Щодо використання поліграфа в судових експертизах / І.В. Пачевська // Сучасні криміналістичні експертизи в розслідуванні злочинів: матеріали круг. столу: (Київ, 25 лютого 2015). – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2015. – с. 102-104.

4. Кримінальний процесуальний кодекс: Закон України від 13.04.2012 № 4651-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

Науковий керівник – к.ю.н., доцент Гринько Л.П.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ №1

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ

<i>Анзель А.В.</i> ДО ПИТАННЯ ПРО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНУ ДОКТРИНУ УКРАЇНИ.....	3
<i>Антоненко Т.О.</i> ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ: ДОСВІД КРАЇН ЄС	4
<i>Арабчук А.І.</i> МЕДИЧНИЙ ОМБУДСМАН: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ.....	6
<i>Арабчук А.І.</i> СТАНДАРТИЗАЦІЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ.....	8
<i>Арабчук А.І.</i> ІНСТИТУТ МЕДИЧНОГО ЗАПОВІТУ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.....	10
<i>Арутюнян А.А.</i> ПРОБЛЕМИ ГОСПОДАРСЬКО-ДОГОВІРНИХ ВІДНОСИН У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ.....	12
<i>Бабич Є.О.</i> ПРАВОВИЙ СТАТУС СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ	14
<i>Бабич Є.О.</i> КОДИФІКАЦІЯ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ	17
<i>Барабаш Ю.К.</i> ЗАХИСТ ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ.....	19
<i>Безотосна А.О.</i> ЛІЦЕНЗУВАННЯ ДЕРЖАВОЮ ОКРЕМИХ ВИДІВ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	21
<i>Березовська М.О.</i> ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	22
<i>Білоусов М.С.</i> ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗУМІННЯ СУТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	24
<i>Богодист М.В.</i> ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	26
<i>Булатнікова В.В.</i> ДО ПИТАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР У ВІДНОСИНАХ ФРАНЧАЙЗИНГУ	27
<i>Бульбаха К.С.</i> ІДЕНТИФІКАЦІЯ ОБ'ЄКТІВ ТА СУБ'ЄКТІВ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	29
<i>Вовк А.Ю.</i> ПАРАЛЕЛЬНИЙ ІМПОРТ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	30

Волошко А.В. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОБІЧНИХ ЛІСОВИХ КОРИСТУВАНЬ.....	33
Давіденко С.В., Тимошенко А.В. АСПЕКТИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ТА РЕСТРИКТУРИЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ	35
Гарліньська В.А. НЕДОГОВІРНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ЩОДО НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИВАТНИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	37
Гахович Д.О. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СІЛЬСЬКОГО ЗЕЛЕНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ.....	39
Гахович Д.О. ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ЯК СОЦІАЛЬНИЙ РЕГУЛЯТОР МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	41
Герман Д.О. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕКСКЛЮЗИВНОСТІ ДАНИХ В АСПЕКТІ ДОТРМАННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ІНТЕРЕСІВ УКРАЇНИ.....	43
Глушко В.В. ПРОБЛЕМИ У СФЕРІ ПАТЕНТУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	46
Горбашко Є.О. ПРОБЛЕМИ ЗДІЙСНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ З ПЕРЕРОБКИ КРОВІ В УКРАЇНІ	48
Гранько М.Г. ЗАГАЛЬНОЗОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ	50
Гречишкін М.О. ПРОБЛЕМИ ВИХОДУ НА УКРАЇНСЬКИЙ РИНОК ГЕНЕРИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	52
Гринько М.О. СТАТУС МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА ЗА ЗАКОНОДОВСТВОМ УКРАЇНИ.....	55
Гринько О.Ю. УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ОБИГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	57
Громова Д.О. ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ АГРАРНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ.....	59
Громова Д.О. ПИТАННЯ ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ	61
Гутиря С.О. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ БІОІМПЛАНТАТІВ	63
Дейнека В.С. ПРАВО ГРОМАДЯН НА БЕЗПЕЧНЕ ДЛЯ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я НАВКОЛИШНЄ ПРИРОДНЕ СЕРЕДОВИЩЕ.....	65
Дейнека В.С. ДО ПИТАННЯ ПРО РЕКЛАМУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	67
Денисенко І.М. ДИСТАНЦІЙНА ТОРГІВЛЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ.....	69

<i>Денисенко О.О.</i> ПРОБЛЕМА КОНСТИТУЦІЙНОСТІ ПОВНОЇ ЗАБОРОНИ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	71
<i>Дерикаптан С.Я.</i> СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ПРОБЛЕМАТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІЛ/СНІД.....	72
<i>Дзюбенко В.О.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ (ЦІЛИТЕЛЬСТВА) В УКРАЇНІ.....	74
<i>Закладна К.В.</i> ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	76
<i>Зінов'єва А.О.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	78
<i>Іващенко О.О.</i> ГОСПОДАРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ УЧАСНИКІВ ВІДНОСИН З МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	80
<i>Калусенко М.В.</i> НЕДОБРОСОВІСНА КОНКУРЕНЦІЯ У СФЕРІ РЕКЛАМНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	82
<i>Камєнєва К.Р.</i> ДО ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	84
<i>Каунова Т.В.</i> СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ.....	85
<i>Каишальєв М.Т.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ.....	88
<i>Каишальєв М.Т.</i> АГРАРНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ КРИЗЬ ПРИЗМУ СВІТОВИХ МОДЕЛЕЙ.....	89
<i>Кисличенко І.В.</i> ФОРМИ ТА НАПРЯМИ БЮДЖЕТНОЇ ПІДТРИМКИ СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА В УКРАЇНІ.....	92
<i>Кисличенко І.В.</i> ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ «ВІДХОДИ».....	94
<i>Кімлик В.О.</i> ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В ТРУДОВОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН НА ПРИКЛАДІ НІМЕЧЧИНИ.....	97
<i>Козловська Я.О.</i> НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ.....	99
<i>Корнієнко Н.О.</i> ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ УПОВНОВАЖЕНОГО З ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ.....	101
<i>Котелевець Є.В.</i> СВІТОВИЙ ДОСВІД РЕПРОДУКТИВНОГО КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ.....	103
<i>Кочеткова К.І.</i> ДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ГМО У СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКІЙ ПРОДУКЦІЇ.....	105

Кошляк Б.Р. ПРОБЛЕМИ ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЧЕРЕЗ МІЖНАРОДНІ ОРГАНІЗАЦІЇ	107
Кудря А.Р. ВПЛИВ ЗАБРУДНЕНОГО АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	108
Кулинич Ю.С. ПРОБЛЕМИ УТИЛІЗАЦІЇ ВІДХОДІВ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ	110
Куньковський Д.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ АКРЕДИТАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	112
Лаврик О.О. ПРАВОВА РЕГЛІМЕНТАЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО КЛОНУВАННЯ В УКРАЇНІ	115
Лебединська М.А. ДО ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	117
Левадна В.І. ЗАГРОЗИ ВІТАЛЬНІЙ БЕЗПЕЦІ В УКРАЇНІ.....	119
Леженко М.В. «ЗА» ТА «ПРОТИ» ПАТЕНТУВАННЯ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ТА МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ	121
Литвин А.В. ДО ПРОБЛЕМИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ	123
Лихошвай С.О. ПЕРСПЕКТИВИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ	125
Лук'янова О.В. ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	127
Лямченко Я.С. ВПЛИВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ПРАВОПОРЯДКУ НА ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ	129
Маліченко М.А. НОРМУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ.....	131
Марсова К. ПРАВОВИЙ СТАТУС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	133
Масько В.Ю. ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ.....	135
Мельничук А.Ю. ПРАВОВА ОХОРОНА ВОД.....	138
Миколайчик Т.І. ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	140
Моргулець В.А. ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПРОТИДІЇ МОБІНГУ В ТРУДОВИХ ПРАВОВІДНОСИНАХ.....	141
Мусяло А.В. ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ КЛОНУВАННЯ	143
Нікітюк А.Г. ОСОБЛИВОСТІ ПОВОДЖЕННЯ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ.....	145

Нога П.П. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІНСТИТУТУ ЕКОЛОГІЧНОГО СТРАХУВАННЯ	147
Noga P.P. LEGAL REGULATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES TRANSPLANTATION: COMPARATIVE ANALISIS	149
Носенко В.В. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	151
Носенко В.В. ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ ЯК УМОВА ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	154
Озмитель О.В. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ.....	155
Павлюк А.П. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	157
Пантюх В.Ю. ПЕРСПЕКТИВИ КОДИФІКАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА.....	159
Пасько С.В. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ПРОДУКЦІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ.....	161
Пасько С.В. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	164
Петракії В.В. ПРАВОВИЙ РЕЖИМ КУРОРТНИХ ЗОН	167
Поліщук А.Ю. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ.....	169
Потапова А.В. МЕДИЧНЕ ПРАВО В СИСТЕМІ ПРАВА УКРАЇНИ.....	171
Правдюк Д.В. ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ.....	173
Предибайло А.І. ПРАВОВІ ФОРМИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	175
Пушкаревський В.В. ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	177
Романенко А.Ю. ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ.....	179
Рябокін К.В. ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ОСОБИ НА ЖИТТЯ	180
Санакосва Н.Р. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ.....	181

Свинобой О.М. ПРАВО НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	183
Сидоренко Т.Ю. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН	186
Сидоренко Т.Ю. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ	188
Скрипник А.В. ОСОБЛИВОСТІ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ РЕФОРМИ ЗАКОНОДАВСТВА	189
Слуцький О.В. МІЖНАРОДНИЙ АСПЕКТ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	192
Собоко І. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ В УКРАЇНІ	194
Стадніченко Д.В. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ	196
Стороженко В.А. ЗАСОБИ ЗАХИСТУ АВТОРСЬКОГО ПРАВА В МЕРЕЖІ ІНТЕРНЕТ	198
Терела М.А. ПРАВО НА ЕКОЛОГІЧНУ ІНФОРМАЦІЮ	200
Тертична А.А. ЗАБРУДНЕННЯ ҐРУНТІВ В УКРАЇНІ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	202
Тетерник Д.Д. СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	204
Турченко М.П. ПЕРСПЕКТИВИ КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИНИ ЛЮДИНИ.....	206
Убийвовк В.І. ДОТРИМАННЯ УКРАЇНОЮ ОРГУСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ У СФЕРІ ЗАХИСТУ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕКОЛОГІЧНИХ ПРАВ ЛЮДИНИ	208
Федорченко Д.В. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХОРОНЕННЯ ТВЕРДИХ ПОБУТОВИХ ВІДХОДІВ	210
Фисун Р.С. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН ЛЮДИНИ	212
Харченко Я.Є. ЩОДО ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	213
Худолій Т.І. ПРОБЛЕМИ ПРАВА ВЛАСНОСТІ НА ВОДНІ ОБ'ЄКТИ	216
Цвєтков І. ДО ПРОБЛЕМИ ВИРОБНИЦТВА ІННОВАЦІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	218
Чальцев Д.В. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ.....	220

<i>Чернишова А.А.</i> МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИЙ ДОСВІД РЕГУЛЮВАННЯ ЕВТАНАЗІЇ	221
<i>Черних Є.П.</i> ЗАСАДИ ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	224
<i>Чишко С.С.</i> РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВА НА ЛІКАРСЬКУ ТАЄМНИЦЮ	225
<i>Шишко І.М.</i> СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ДОСТУП ДО ЕКОЛОГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ.....	228
<i>Шлапак А.В.</i> ПОНЯТТЯ ТА ІСТОТНІ УМОВИ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	230
<i>Шурик Т.</i> ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ ТА КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМ ВЛАСНОСТІ.....	232
<i>Якушкін В. Г.</i> ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ЯК ОСНОВНЕ ПРАВО ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	235

СЕКЦІЯ №2

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

<i>Аббасова Д. Л.</i> ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВОЮ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ В АСПЕКТІ ВАКЦИНАЦІЇ.....	238
<i>Абраменя Є. І.</i> СУБ'ЄКТИ ДОГОВОРУ ПРО СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО	240
<i>Альшиасв О.І.</i> ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ ДИСТРИБ'ЮТОРІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	242
<i>Арабчук А.І.</i> ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТРУДОВИХ ВІДНОСИН ЧЛЕНІВ ФЕРМЕРСЬКИХ ГОСПОДАРСТВ	244
<i>Артемченко А.О.</i> ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	246
<i>Арутюнян А.А.</i> ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИХ ФОРМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	247
<i>Бабич Є.О.</i> ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ.....	250
<i>Барабаш Ю.К.</i> ЗБРОЙНИЙ КОНФЛІКТ ЯК ЗАГРОЗА ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕЦИ КРАЇНИ.....	252

Барабаш Ю.К. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ	254
Безотосна А.О. ЕКОЛОГІЧНЕ ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УКРАЇНІ.....	256
Безотосна А.О. ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	258
Беркута В.Л. ФАРМАКОНАГЛЯД, ЯК ЗАСІБ РЕГУЛЮВАННЯ ВПЛИВУ ДЕРЖАВИ.....	260
Біблій П.В. ПОРІВНЯННЯ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ЄС У СФЕРІ КОНТРОЛЮ БЕЗПЕКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	262
Блажко Т.Д. ЦІНА ЯК ІСТОТНА УМОВА ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	264
Боберська А.В. ПРИВАТНА МЕДИЧНА ПРАКТИКА ЯК ВИД СПЕЦІАЛЬНОЇ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	266
Боровко А. СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	269
Бородай А. В. НАСЛІДКИ НЕДОТРИМАННЯ ЛІЦЕНЗІЙНИХ УМОВ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	272
Бульбаха К.С. ЩОДО ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ АГРАРНИХ ВІДНОСИН У СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КООПЕРАТИВАХ	273
Бульбаха К.С. РОЗРОБКА І ПРИЙНЯТТЯ В УКРАЇНІ ЕКОЛОГІЧНОГО КОДЕКСУ.....	276
Бульбаха К.С. СОЦІАЛЬНЕ ПРИЗНАЧЕННЯ ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ.....	278
Верблюд Р.М. УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ДЕРЖАВНІ ЗАКУПІВЛІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	279
Вовк А.Ю. КУРОРТ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧА МІСЦЕВІСТЬ: ПОНЯТТЯ ТА ОЗНАКИ	281
Волошко А. В. ХОСПІС ЯК УЧАСНИК ВІДНОСИН У СФЕРІ ГОСПОДАРЮВАННЯ.....	283
Гавриленко О.С. ПРОБЛЕМАТИКА ВИЗНАЧЕННЯ ВИДІВ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРСЬКИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	284
Гавриш Б.В. ЩОДО ПИТАННЯ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІЗ НАДАННЯ ІНТИМНИХ ПОСЛУГ (МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ).....	286
Гранько М. Г. МЕДИЧНА ПОМИЛКА: МЕДИЧНЕ ТА ПРАВОВЕ ПОНЯТТЯ.....	288

<i>Грецов В.О.</i> ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ОСІБ ПОЗБАВЛЕНИХ ВОЛІ.....	290
<i>Грінко О.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЧОРНОБИЛЬСЬКОГО БІОСФЕРНОГО ЗАПОВІДНИКА	292
<i>Громова Д.О.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ АКЦІОНЕРНИХ ТОВАРИСТВ В УКРАЇНІ.....	294
<i>Громова Д.О.</i> ВПЛИВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНОГО НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	297
<i>Дегтяр Я. В.</i> ПРАВО НА АБОРТ В МОРАЛЬНО-ПРАВОВОМУ АСПЕКТІ.....	299
<i>Дейнека В.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ	301
<i>Дейнека В.С.</i> ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ	304
<i>Денисенко О.О.</i> НЕОБХІДНІСТЬ ЗАКРІПЛЕННЯ ПРЕЗУМПЦІЇ ЗГОДИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ПОМЕРЛОЇ ОСОБИ	306
<i>Дерев'яно Д.В.</i> СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	308
<i>Дерикаптан С.Я.</i> ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІДНОСИН РЕПРОДУКТИВНОГО КЛОНУВАННЯ	310
<i>Деркач А.О.</i> СПІВВІДНОШЕННЯ НЕУСТОЙКИ ЯК ВИДУ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У ЦИВІЛЬНОМУ ТА ГОСПОДАРСЬКОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ.....	312
<i>Дсдх І. В.</i> ПРЕЗУМПЦІЯ ЗГОДИ ДОНОРА: ЗНАЧЕННЯ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ	314
<i>Дзюбенко В.О.</i> ПРАВОВЕ СТАНОВИЩЕ АГРАРНОГО ФОНДУ УКРАЇНИ.....	316
<i>Дзюбенко В.О.</i> ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ.....	318
<i>Дмитрієвич Д.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	320
<i>Долга Ю.І.</i> ПРАВО ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я	322
<i>Дрозд В.О.</i> ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	325

<i>Дроб'язко М.Ю.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОГОВОРУ ДОВІЧНОГО УТРИМАННЯ	327
<i>Зінов'єва А.О.</i> ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКВІДАЦІЇ ПІДПРИЄМСТВА	329
<i>Зінов'єва А.О.</i> ПОНЯТТЯ ТА ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ЗОНИ НАДЗВИЧАЙНОЇ ЕКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ.....	332
<i>Калініченко К.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОДАЖУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	333
<i>Калусенко М.В.</i> ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ	336
<i>Калюженій К.В.</i> ДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ	337
<i>Камеєва К.Р.</i> ПРОБЛЕМАТИКА ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ	340
<i>Караулов О.О.</i> СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ ЗЛОЧИНІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	341
<i>Касмініна Ю.О.</i> СИСТЕМА ОРГАНІВ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ.....	343
<i>Касмініна Ю.О.</i> ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	346
<i>Каунова Т.В.</i> ДО ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОЇ ФОРМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	348
<i>Каишальян М.Т.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЛІСІВ.....	350
<i>Каишальян М.Т.</i> ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	352
<i>Кечеджі О.Б.</i> ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ВІДМОВУ ВІД ЛІКУВАННЯ, МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ.....	353
<i>Кисличенко І. В.</i> ГОСПОДАРСЬКА КОМПЕТЕНЦІЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	356
<i>Кімлик В.О.</i> ІНСТИТУТ ВИЗНАННЯ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ НЕДІСЪДАТНОЇ В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ.....	358
<i>Коваленко А.Ю.</i> БЕЗОПЛАТНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ.....	360
<i>Ковтун Д.</i> ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ.....	362
<i>Козаченко Т.</i> ЩОДО ПИТАННЯ ЗМІНИ КРИТЕРІЇВ І СТАНДАРТІВ АКРЕДИТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	364
<i>Кононенко В.М.</i> ДО ПИТАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ ТА ПРИЧИН ЇЇ ВИНИКНЕННЯ.....	367

<i>Конотоп Д.С.</i> СУБ'ЄКТИ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	369
<i>Кочеткова К.І.</i> ГАРАНТІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ДОСТУПУ ДО ЕКОЛОГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ.....	371
<i>Кочеткова К.І.</i> ПОРЯДОК РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ УЧАСНИКІВ АТО	273
<i>Крамар А.П.</i> ПАТЕНТНИЙ ЗАХИСТ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК ОБ'ЄКТІВ ПРАВА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ.....	375
<i>Ксьонз В.І.</i> СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКА ЯК ОДНА З НАЙВАЖЛИВІШИХ КАТЕГОРІЙ ТРУДОВОГО ПРАВА	377
<i>Кудря А.Р.</i> ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ВИДУ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	379
<i>Кулинич Ю.С.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ В УКРАЇНІ.....	381
<i>Куцовол К.В.</i> ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ.....	383
<i>Куцовол К.В.</i> РОЗВИТОК ПРАВОВИХ АСПЕКТІВ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ.....	385
<i>Лаврик О.О.</i> ПРОБЛЕМИ КЛОНУВАННЯ ТВАРИН У СВІТІ	387
<i>Лазоренко О.В.</i> ДО ПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ.....	389
<i>Леженко М.В.</i> ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕДМЕТА АГРАРНОГО ПРАВА.....	392
<i>Лизун А.В.</i> ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ ЗЕМЕЛЬ ОСОБИСТОГО СЕЛЯНСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА	393
<i>Лизун А.В.</i> ПРАВОВІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ КУРОРТІВ В УКРАЇНІ.....	395
<i>Лизун А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНИХ ОСІБ-ПІДПРИЄМЦІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	397
<i>Лисенко П.О.</i> ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	399
<i>Лифарь А.О.</i> ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ТАЄМНИЦЯ З ТОЧКИ ЗОРУ ЦИВІЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА	401
<i>Любенна Т.К.</i> ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УКРАЇНІ: ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ Й ОСНОВНІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ.....	403
<i>Маліченко М.А.</i> ГОСПОДАРСЬКО-ДОГОВІРНІ ВІДНОСИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	405

<i>Марсова К.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	407
<i>Матосян Г.Л.</i> ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОГОВОРІВ ГРИ ТА ПАРІ	409
<i>Мельник М.М.</i> ЯК НАВЧИТИ ЛІКАРЯ ЮРИДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ І ЗАХИСТИТИ ЙОГО НА РОБОТІ ЧИ В СУДІ	411
<i>Мельничук А.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ	413
<i>Микитенко В.В.</i> РЕПРОДУКТИВНЕ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ: ЗА І ПРОТИ	415
<i>Миколаєнко А.В.</i> ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «МЕДИЧНА ПОМИЛКА»	418
<i>Мілов М.О.</i> ДО ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	420
<i>Мізік Д.І.</i> ЩОДО ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ	422
<i>Мищенко С.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРОМИСЛОВOSTІ УКРАЇНИ	424
<i>Мосьпан М.Д.</i> ПРАВО НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ОНКОХВОРОГО ПАЦІЄНТА	426
<i>Нікітюк А.Г.</i> ПРАВОВИЙ СТАТУС ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДІЯЛЬНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	428
<i>Нога П.П.</i> ЧАСТКОВА КОМПЕНСАЦІЯ ВАРТОСТІ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ ТЕХНІКИ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДТРИМКИ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО ВИРОБНИКА	429
<i>Нога П.П.</i> ЖИВЕ ДОНОРСТВО: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	432
<i>Носенко В.В.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ МЕДИЧНОЇ КАРТКИ В УКРАЇНІ	434
<i>Носенко В.В.</i> СТВОРЕННЯ ПОСТІЙНОГО РЕЗЕРВУ ВІЙСЬКОСЛУЖБОВЦІВ ООН ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА ЗМІНА ОСНОВ МИРОТВОРЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	437
<i>Носов О.Ю.</i> ПРАВО НА ПАТЕНТУВАННЯ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ	439
<i>Олефір Ю.В.</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТА ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	441
<i>Омельай Д.В.</i> ПРОБЛЕМАТИКА ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	444

Оніщенко В.В. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРИМУСОВОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЯК СПОСОБУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	446
Осіпенко В.В. ОТРИМАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ НЕЗАКОННИМ ШЛЯХОМ	448
Павліченко В.О. КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ УМОВ ТА ПОРЯДКУ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ (ДРТ)	450
Падалка Д.Ю. ЗЛОВЖИВАННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ	452
Пантюх В.Ю. ДЕЯКІ ПИТАННЯ АСОЦІЙОВАНОГО ЧЛЕНСТВА В СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КООПЕРАТИВАХ	453
Пантюх В.Ю. МОМЕНТ ВИХОДУ УЧАСНИКА ІЗ ТОВ: ПІДХОДИ ДО РЕГУЛЮВАННЯ	456
Пасько С.В. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЛІСІВ В УКРАЇНІ	458
Перепелиця Ю.В. ІСТОТНІ УМОВИ ПОПЕРЕДНЬОГО ДОГОВОРУ	460
Петракії В.В. ПРАВОВИЙ СТАТУС АСОЦІАЦІЇ ФЕРМЕРІВ ТА ПРИВАТНИХ ЗЕМЛЕВЛАСНИКІВ УКРАЇНИ	462
Петракії В.В. СУБ'ЄКТИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКИХ ПОВНОВАЖЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	464
Письменна І.А. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПЕРЕРОБКИ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ	466
Плющова А.І. ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ З НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	468
Погорелкіна А.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ В УКРАЇНІ	470
Подолякіна Я.В. ПРЕДСТАВНИЦТВО ЗА МЕДИЧНОЮ ДОВІРЕНІСТЮ	472
Потапова А.В. ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	474
Предибайло А.І. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХИСТУ ЕКОЛОГІЧНИХ ПРАВ ГРОМАДЯН	475
Проскурня А.О. МЕДИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ДЖЕРЕЛО ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ	477
Проценко Ю.І. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РУБКИ ЛІСІВ	479

<i>Проценко Ю.І.</i> ОПТОВА ТОРГІВЛЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ	481
<i>Пузерей Є.А.</i> ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	483
<i>Пузиряка Р.Г.</i> СИСТЕМА ГОСПОДАРСЬКИХ ДОГОВОРІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	485
<i>Романенко А.Ю.</i> ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ	487
<i>Рябокін К.В.</i> ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	488
<i>Савенко Я.С.</i> ПРАВО ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НА ТОРГОВУ НАЗВУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ	489
<i>Савченко Т.О.</i> ФАЛЬСИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	491
<i>Сагайдачний П.П.</i> ДО ПИТАННЯ РОЗРАХУНКУ ВАРТОСТІ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	494
<i>Сердюк Б.К.</i> ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: ПОНЯТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ	496
<i>Сидоренко Т.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПОТЕРПІЛОГО З ТІЛЕСНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ.....	497
<i>Сидоренко Т.Ю.</i> ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	499
<i>Сидоренко М.О.</i> ПРАВО НА ТАСМНИЦІЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ЯК ОСОБИСТЕ НЕМАЙНОВЕ ПРАВО ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ.....	500
<i>Сидоренко Т.Ю.</i> ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	503
<i>Скрипник А.В.</i> ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «НЕЗАКОННА ПОРУБКА ЛІСУ»	505
<i>Совенко В.О.</i> ПРАВОВІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ІНТЕРЕСІВ ДОБРОВОЛЬЦІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛІКАРСЬКИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	507
<i>Соловей А.А.</i> САМОЗАХИСТ ЯК ДОСУДОВИЙ СПОСІБ ЗАХИСТУ ПРАВ СУБ'ЄКТІВ МЕДИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН	510
<i>Стадніченко Д.В.</i> ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТВОРЕННЯ СУБ'ЄКТІВ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	511
<i>Стопка Є.С.</i> ТЕНДЕНЦІЇ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ	514
<i>Тарасенко Н.О.</i> ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИЛУЧЕННЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ПОМЕРЛОЇ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ	516

Телик К.В. ДО ПИТАННЯ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СУБ'ЄКТА ДОСЛІДЖЕННЯ У КЛІНІЧНОМУ ВИПРОБУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	518
Терела М.А. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СІЛЬСЬКОГО ЗЕЛЕНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ КРИЗЬ ПРИЗМУ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ	520
Терела М.А. ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	522
Тертична А.А. ДОГОВІРНА ДІЯЛЬНІСТЬ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	524
Тесля Є.В. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОКЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	525
Тетерник Д.Д. ПОНЯТТЯ ТА МІСЦЕ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРАВОВІЙ СИСТЕМІ	527
Тоноян Л.Г. ВІДШКОДУВАННЯ ЗБИТКІВ ПАЦІЄНТОВІ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕВДАЛОГО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ	529
Туницький С. ОСОБЛИВОСТІ ГОСПОДАРСЬКОГО ОБІГУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ В УКРАЇНІ	531
Тупік М.М. ЩОДО ПРОБЛЕМ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗАХИСТУ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	533
Убийвовк В.І. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННІ ЕЛЕКТРОННИХ РЕЦЕПТІВ.....	535
Улізько Є.С. ПРОБЛЕМА ЗАСТОСУВАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ СТЯГНЕНЬ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ СФЕРІ	537
Устименко Д. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА В СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН ЛЮДИНИ.....	540
Фаражалла Н.А. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРІ ДОГЛЯДУ ЗА НОВОНАРОДЖЕНИМИ	542
Федорченко Д.В. ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОДАЖУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	544
Харченко Я.Є. ЩОДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОВОДЖЕННЯ З ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ВІДХОДАМИ	546
Хіцан Б.І. НЕДОЛІКИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ	548
Худолій Т.І. ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНОГО ВЕТЕРИНАРНО – САНІТАРНОГО КОНТРОЛЮ	551

Худолій Т.І. ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАКЛАД ЯК СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ	553
Чальцев Д.В. ГОСПОДАРСЬКІ ПОВНОВАЖЕННЯ СУБ'ЄКТІВ ОРГАНІЗАЦІЙНО – ГОСПОДАРСЬКИХ ПОВНОВАЖЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	555
Челебій-Кравченко Ю.К. ДО ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО ЗАКРІПЛЕННЯ «ПОЛОЖЕННЯ БОЛАР»	557
Черних Є.П. ДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПОВ'ЯЗАНОЇ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ	559
Черних Є.П. ДО ПРОБЛЕМ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	562
Чишко С.С. ПРАВОВЕ СТАНОВИЩЕ АГРОБІРЖІ ЯК СУБ'ЄКТА АГРАРНИХ ПРАВОВІДНОСИН	564
Шановал А.Ю. ФІЗКУЛЬТУРА І СПОРТ ЯК ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ	566
Шевченко О.О. ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОПТОВОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ	569
Шишко І.М. ДОГОВІР ОРЕНДИ ЗЕМЕЛЬНОЇ ЧАСТКИ (ПАЮ)	571
Шишко І.М. ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДОГОВОРОМ КОНСИГНАЦІЇ	574
Штанько О.С. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	576
Яровий Ю.Є. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ	578
Яценко Є. ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ	580
Каишталъян М.Т. ВИКОРИСТАННЯ ПОЛІГРАФА ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВОЇ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ	582

Наукове видання

*Четверта Всеукраїнська
науково-практична конференція*

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

27 листопада 2015 р.

ТОМ 2

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 графаретний.
Ум. друк. арк. 34,9. Наклад 190 прим. Формат 60×84/16.
Зам. № 760.

Видавець і виготовлювач: ТОВ “Фірма “Техсервіс”.
Адреса: 36011, м. Полтава, вул. В. Міщенко, 2.
Тел.: (0532) 56-36-71.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4421 від 16.10.2012 р.