

ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ ТА
ТЕХНОЛОГІЙ
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВА
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ



ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В МЕДИЧНІЙ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Матеріали
міжвідомчого круглого столу до Всеукраїнського тижня права
(з міжнародною участю)
Київ, 20 грудня 2017 року*



Наукове видання

ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ ТА
ТЕХНОЛОГІЙ
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВА
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В МЕДИЧНІЙ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Матеріали

*міжвідомчого круглого столу до Всеукраїнського тижня права
(з міжнародною участю)
Київ, 20 грудня 2017 року*

Відповідальний за випуск *Ергард Н.М.*

Підписано до друку 16.12.2017
Формат 60×84. Папір офсетний.
Тираж 100 прим.

Видавництво УкрДГРІ
Р.с. серія ДК №182 від 18.09.2000 р.
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78

Адреса редакції та п/п: інформаційно-видавничий відділ УкрДГРІ
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78
Тел. 206-35-18; тел/факс 430-41-76

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В МЕДИЧНІЙ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Матеріали

*міжвідомчого круглого столу до Всеукраїнського тижня права
(з міжнародною участю)
Київ, 20 грудня 2017 року*

Київ 2017

Редакційна колегія:

Добкіна К.Р., декан юридичного факультету ІУТП ДУІТ, кандидат юридичних наук, доцент;

Мусієнко А.В., завідувач кафедри кримінального права ІУТП ДУІТ, кандидат юридичних наук, доцент;

Михайличенко Б.В., завідувач кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор;

Біляков А.М., доцент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, доцент;

Ергард Н.М., асистент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук;

Федорова О.А., асистент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук;

Кобилянський О.Л., доцент кафедри криміналістичного забезпечення та судових експертиз ННІ № 2 НАВС, кандидат юридичних наук, доктор філософії, доцент;

Антонюк П.Є., професор кафедри криміналістики та судової медицини НАВС, кандидат юридичних наук.

Рекомендовано до друку науково-методичною радою юридичного факультету Державного університету інфраструктури та технологій, Інституту управління, технологій та права імені Гетьмана Петра Коношевича-Сагайдачного від 04 грудня 2017 року (протокол № 3).

Проведення міжвідомчого круглого столу, присвяченого Всеукраїнському тижню права, проводиться згідно з наказом ректора Національного медичного університету імені О.О. Богомольця професора Амосової К.М. від 31.10.2017 року № 668 «Про затвердження плану заходів з проведення Всеукраїнського тижня права в НМУ імені О.О. Богомольця у 2017 році».

Матеріали круглого столу подаються в авторській редакції. Відповідальність за достовірність фактів, статистичних даних, точність викладеного покладається на авторів.

Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці: збірник матеріалів міжвідом. круглого столу до Всеукраїнського тижня права (Київ, 20 груд. 2017 р.) / [редкол.: К.Р. Добкіна, А.В. Мусієнко, Б.В. Михайличенко та ін.]. – Київ: Держ. у-т інфрастр. та технол., І-т упр., технол. та права ім. Гетьмана П. Коношевича-Сагайдачного, 2017. – 180 с.

УДК 615+616]:342.7:061.3

© ДУІТ, 2017.

© НМУ імені О.О. Богомольця, 2017.

© НАВС, 2017.

Васильченко А.М., Ергард Н.М. Права хворих на цукровий діабет.....	37
Вертипорох Ж.В., Плетенецька А.О. Особливості розташування металів навколо вхідних ушкоджень, що заподіяні при пострілах із пневматичної гвинтівки Crosman 2100 classic різними видами куль.....	40
Вершута О., Артеменко О.І. Правовий статус лікарів-інтернів.....	43
Внуков О.Р., Хміль І.Ю. Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів.....	46
Волобуєв О.С. Права та обов'язки застрахованої особи в договорах медичного страхування комерційних страхових компаній.....	48
Гайнутдінова Г.А., Ольховський В.О. Забезпечення прав людини під час проведення судово-медичної оцінки у справах вчинення статевих злочинів.....	51
Герасименко Д.О., Варуха К.В. Прогресивні зміни в галузі трансплантології.....	52
Гладіліна О.В. Особливості захисту прав медичних працівників.....	54
Двойнос Ю.О., Ергард Н.М. Правові аспекти судово-психіатричної експертизи для лікаря судово-психіатричного експерта.....	57
Денисюк М.В., Артеменко О.І. Студентське самоврядування.....	59
Samuel J, Babkina O.P. Primary care in Ukraine.....	61
Samuel J, Babkina O.P. The development of primary care in Nigeria.....	64
Дука Д.О., Бондаренко В.В. Врахування конструкційних особливостей бамперів при судово-медичній експертизі автомобільної травми.....	67
Ергард Н.М., Андрейко А.Б. Доцільність введення в Україні реєстру хворих на цукровий діабет для судово-медичної практики.....	70
Єліссєва А.М., Варуха К.В. Двадцять перше століття та примусова стерилізація людини.....	72

Згідно зі ст. 132 КК розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію – карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Список використаних джерел

1. Конституція України, 1996 р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
2. Цивільний кодекс України. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
3. Кримінальний Кодекс України. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
4. Кримінально-процесуальний кодекс України. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
6. Про інформацію. Закон України від 2 жовтня 1992 р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
7. Про психіатричну допомогу. Закон України від 22 лютого 2000 р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
8. Резнікова В.В. Здійснення права фізичної особи на інформацію про стан здоров'я у цивільному та сімейному законодавстві України // Економіка. Фінанси. Право. – 2004 р. – № 7 – С. 19-23.
10. Резнікова В.В. Проблема обмеження права фізичної особи а інформацію про стан здоров'я // Економіка. Фінанси. Право. – 2004р. – № 4 – С. 319-34.
11. Растропов С. Правовые аспекты врачебной тайны // Законность. – 2006р. – №9. – С. 14-15.

- хвороби і діагноз;
- огляд і його результати;
- методи лікування;
- інтимна і сімейна сторони життя пацієнта;
- інші відомості, отримані при медичному обстеженні.

Гарантією збереження лікарської таємниці є те, що лікарі та інші медичні працівники не можуть бути допитані як свідки ні в цивільному, ні в кримінальному процесі щодо відомостей, що становлять лікарську таємницю (п. 2 ст. 51 ЦПК та п. 4 ч. 2 ст. 65 КПК).

Проте в деяких випадках лікарська таємниця все ж може бути розкрита.

Порядок розголошення лікарської таємниці

Відповідно до частини другої статті 39 Основ законодавства про охорону здоров'я батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини (до 18 років) або підопічного (недієздатної особи).

Тимчасовий доступ до документів, що містять лікарську таємницю, може надати слідчий, суддя або суд в рамках розслідування злочину, якщо при цьому буде встановлено, що інших способів отримання необхідної слідству інформації немає (ч. 6 ст. 163 КПК).

Також лікарська таємниця може бути розголошена без згоди пацієнта у таких випадках:

- розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо людина, що живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням;
- допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для організації надання особі, яка страждає важким психічним розладом, психіатричної допомоги; проведення досудового розслідування або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора і суду;
- відомості про лікування в наркологічному закладі можуть бути розголошені правоохоронним органам у разі притягнення такої особи до кримінальної або адміністративної відповідальності.

Відповідальність

За незаконне розголошення лікарської таємниці встановлена кримінальна відповідальність (ст. 145 КК). Так, умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків – карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Заброцька Ю.Л., Ткаченко О.П.

Застосування мобільного додатку «довідник лікаря» студентами-медиками та лікарями при клініко-фармакологічній та правовій оцінці фармакотерапії лор патології.....75

Юлкін Я.О.

Основи законодавства про охорону здоров'я та право на репродукцію людини: щодо необхідності реформування.....77

Йовенко М.О., Ергард Н.М.

Права вагітних при поступленні в акушерсько-гінекологічне відділення.....81

Калиновська М.С., Федорова О.А.

Забезпечення прав дитини в медичній практиці.....83

Кобиланський О.Л., Ергард Н.М.

Проблемні питання призначення експертизи на засадах судової реформи.....85

Ковалевська Є.В.

Правові аспекти відносин «лікар-пацієнт».....87

Козак У.Я., Роняк Р.П.

Проблема реалізації прав пацієнтів при наданні платних медичних послуг в умовах відомчого лікувального закладу.....90

Короп О.О., Хміль І.Ю.

Правові та організаційні основи забезпечення громадян психіатричною допомогою.....93

Котляренко Л.Т., Соболева І.В.

Право військовослужбовців на медико-психологічну реабілітацію: обов'язок чи декларація.....95

Кофанов А.В.

Деякі аспекти визначення відстані пострілу з мисливської та багатоцільової гладкоствольної вогнепальної зброї.....98

Крестовнікова К.С., Ергард Н.М.

Актуальні питання прав пацієнтів при проведенні абортів.....110

Кривуля А.Д., Бондаренко В.В.

Судебно-медичинская диагностика токсического действия этанола на организм человека.....112

Крутченко В.Ю., Михайличенко Б.В.

Права онкохворих на отримання медичної допомоги в Україні.....115

Larysa Kupriianova, Daryna Kupriianova

The right of pregnancy interrupting (abortion manipulation): whether it is decision of woman, either religion, or, finally, governmental force?.....121

Лабзіна К.Д., Біляков А.М. Права пацієнтів на отримання наркотичних та психотропних лікарських засобів.....	122
Левченко О.С., Хміль І.Ю. Соціально-економічне забезпечення та захист прав людини у медичній галузі.....	124
Литвинюк В.В., Хміль І.Ю. Правовий статус медичного працівника.....	126
Мальцева К.І., Ергард Н.М. Права пацієнта в галузі сімейної медицини.....	129
Мельниченко А.Б., Хміль І.Ю. Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів.....	131
Нагайцев А.С. Права людини в сфері медичного обслуговування.....	133
Никитюк М.А., Хміль І.Ю. Права та обов'язки осіб, які хворіють на інфекційні хвороби або є бактеріоносіями.....	135
Нікітіна Д.С., Бондаренко В.В. Про можливість використання концентрації ацетальдегіду в крові при встановленні ступеню алкогольного сп'яніння.....	137
Omoregie S.I., Babkina O.P. Health care in Ukraine and in Nigeria.....	139
Осницька Я.Г., Хміль І.Ю. Правовий порядок захисту населення від інфекційних хвороб. організація, проведення профілактичних та протиепідемічних заходів.....	143
Olivia O., Babkina O.P. Physicians in the United States.....	145
Пилипчук Л.Л., Плетенецька А.О. Судово-медична оцінка пневмострільних ушкоджень з прикладами випадків з практики.....	149
Пісчанський Є.В., Плетенецька А.О. Судово-медична та клінічна оцінка двоментного розриву селезінки.....	151
Плетенецька А.О. Статистичний аналіз судових рішень у відношенні медичних працівників, пов'язаних з виконанням ними своїх професійних обов'язків.....	153

Швеченко Анастасія Олександрівна
Студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Науковий керівник – старший викладач
Хміль Ірина Юрійвна
Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ: ПОНЯТТЯ, ПОРЯДОК РОЗГОЛОШЕННЯ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Дуже часто звертаючись за медичною допомогою, пацієнти побоюються, чи не стане відома інформація, яку вони повідомили лікарю: про свій стан здоров'я, сімейні обставини і т. д. третім особам. Особливо це стало актуально зараз, коли в багатьох клініках така інформація про пацієнта зберігається у вигляді баз даних, а отже теоретично отримати до неї доступ достатньо просто. Як захищені законом відомості про пацієнта, що стали відомими медичному персоналу?

Що таке лікарська таємниця?

Насправді, всі випускники медичних вузів повинні знати, що таке лікарська таємниця не з чуток. Адже про неї йде мова в клятві лікаря, яку всі випускники дають в урочистій обстановці перед отриманням диплома. Текст клятви лікаря затверджений Указом Президента від 15 червня 1992 р. №349.

Крім того, згідно зі ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних» до обробки персональних даних про здоров'я людини пред'являються особливі вимоги. Персональні дані такого характеру можуть бути предметом збору та обробки тільки, якщо це необхідно з метою охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу.

Згідно зі ст. 39-1 Основ 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 її медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Поняття лікарської таємниці сформульовано в статті 40. Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

Таким чином, предмет лікарської таємниці складають:

– стан здоров'я пацієнта;

законодавства.

4. Пацієнти часто вимагають дисциплінарного покарання чи звільнення медичних працівників звертаючись до їх безпосереднього чи вищого керівництва. Результати та наслідки службових перевірок у подібних випадках не завжди є об'єктивними, так як керівництво є зацікавленою стороною.

Список використаних джерел

1. Конституція України (Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР: (Редакція станом на 30.09.2016) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>

2. Цивільний процесуальний кодекс України (Закон від 18.03.2004 № 1618-IV (Редакція станом на 03.08.2017). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1618-15>

3. Офіційний сайт Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.kievcity.gov.ua>

4. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/_hotline/

5. На скорой помощи в Киеве разгорелся скандал из-за зарплат // Вести. – 2016. – 1.02.2016. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vesti-ukr.com/kyiv/134237-na-skoroj-pomowi-razgorelsja-skandal-iz-zarplat>

6. Портал захисту прав пацієнтів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.healthrights.in/algorithmactions/fullnews.php?id=7>

7. Офіційний сайт Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medrada.org/>

8. Закон України «Про захист прав споживачів» (Закон від 12.05.1991 № 1023-ХІІ (Редакція станом на 10.06.2017). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>

9. Закон України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» (Закон від 15.09.1999 №1045-ХІV (Редакція станом на 01.01.2016). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1045-14>

10. Українські профспілки: суцільна капітуляція перед роботодавцем / І. Данюк // Українська правда. – 2007. – 8.03.2007. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pravda.com.ua/articles/2007/03/8/3215702/>

11. Закон України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» (Закон від 03.03.1998 №137/98-ВР Редакція станом на 07.11.2012). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/ru/137/98-вр>

Семенов А.В., Ткаченко О.П.

Ефективність та безпечність хірургічного та терапевтичного лікування синдрому Штейна-Левенталя (синдром полікістозних яєчників): медико-правові аспекти.....156

Тимофєєва А.І., Яценко О.В.

Проблемні аспекти правового регулювання надання належних та якісних медичних послуг.....158

Тимошенко О.О., Шапіто В.С.

Порівняльний аспект застосування судової експертизи в цивільному процесі України та Німеччини.....161

Федорова О.А.

Адекватні відносини «лікар – пацієнт» – запорука забезпечення права пацієнта на охорону здоров'я.....163

Федорова С.В., Федорова О.А.

Забезпечення прав пацієнта на вибір методів медичного втручання.....164

Федорова А.В., Федорова О.А.

Права лікарів у стоматології.....166

Хміль І.Ю.

Правове регулювання післядипломної освіти молодих працівників – лікарів-інтернів.....169

Чайковський В.А., Хміль І.Ю.

Особливості захисту прав та інтересів лікарів при здійсненні ними професійної діяльності.....172

Швеченко А.О., Хміль І.Ю.

Лікарська таємниця: поняття, порядок розголошення, відповідальність.....175

ВСТУПНЕ СЛОВО

до учасників міжвідомчого круглого столу
«Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній
практиці» до Всеукраїнського тижня права

Однією з умов існування демократичного суспільства є дотримання у ньому прав людини як з боку держави, державних установ, так і самими громадянами у спілкуванні між собою. Цьому має сприяти, перш за все, правова освіченість громадян. Демократична держава має сприяти правовій освіті громадян та формувати у них повагу до прав людини. Громадяни демократичного суспільства мають не тільки знати свої права та використовувати їх у своєму повсякденному житті, але і дотримуватися їх у взаємовідносинах між собою, бути толерантними, уміти знаходити компроміси, поважати загальнолюдські цінності.

У 1948 році Генеральна асамблея ООН на своєму засіданні 10 грудня прийняла Загальну декларацію прав людини, в якій міститься 30 статей цивільних та політичних прав людини. Вона була прийнята 40 голосами «За», голосів «Проти» не було, але 8 делегацій утрималися – Білоруська РСР, Чехословаччина, Польща, Українська РСР, Югославія, Південна Африка, Саудівська Аравія. Гондурас та Ємен як члени ООН на той момент не голосували або утрималися. Відтоді міжнародно-правові акти мають верховенство над внутрішнім законодавством країни, що надає можливість безпосереднього звернення громадян до Комітету з прав людини при ООН, якщо її політичні чи громадянські права були порушені. В Конституції України, як і в Конституціях понад 110 держав, наявні статті, в основі яких лежить Загальна декларація прав людини.

Права людини розповсюджуються на різні сфери її життя. Тому у Верховній раді України, яка є найвищим законодавчим органом держави, є відповідні комітети. Зокрема, Комітет з питань прав людини, національних меншин і міжнаціональних відносин, в якому наявна низка підкомітетів: з міжнародно-правових питань та внутрішньо переміщених осіб; з питань прав людини; з питань міжнаціональних відносин; з питань етнополітики, прав корінних народів та національних меншин України, жертв політичних репресій; з питань громадянства, міграційної політики та етнічних груп України; з питань гендерної рівності і недискримінації. Крім того, важливими комітетами для всебічного забезпечення прав людини є також комітет з питань свободи слова та інформаційної політики; комітет з питань культури і духовності; комітет з питань науки і освіти; комітет з питань охорони здоров'я; комітет з питань сім'ї, молодіжної політики, спорту та туризму; комітет з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення; комітет у справах ветеранів, учасників бойових дій, учасників антитерористичної операції та людей з інвалідністю.

(роботи, послуги) для власних побутових потреб;» Виходячи з такого визначення, поняття «споживач» та пов'язані з ним законодавчі норми є незастосовними у відношенні до особи, яка отримувала медичну допомогу на безоплатній основі і є сумнівним в тому випадку, якщо пацієнту проводили платні лікувально-діагностичні заходи в державній чи приватній установі, оскільки питання «Чи можна вважати обстеження та лікування способом задоволення побутових потреб?» є дискусійним. В свою чергу, станом на грудень 2017 року, не виявлено жодної громадської організації, яка б здійснювала активну діяльність, направлену на захист прав медичних працівників.

Єдиним доступним методом отримання юридичної підтримки при виконанні медиком посадових обов'язків є допомога професійних спілок. Відповідно до Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», профспілки – добровільні неприбуткові громадські організації, «що об'єднують громадян, пов'язаних спільними інтересами за родом їх професійної (трудової) діяльності (навчання)». Втім, щонайменше, протягом останніх трьох десятиліть активність та ефективність професійних спілок викликає немало нарікань, що знаходить відображення як в численних публікаціях, так і в масових відмовах від членства чи створенні альтернативних організацій (наприклад, Вільна профспілка медичних працівників).

Право на колективний захист професійних інтересів надається будь-яким трудящим згідно зі ст. 44 Конституції України (право на страйк) і реалізується «з урахуванням необхідності забезпечення національної безпеки, охорони здоров'я...». На практиці, це виливається у те, що медичні працівники можуть страйкувати лише у неробочий час. Слово «страйк», відповідно до тлумачення в статті 17 Закону України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)», є формою протесту, що являє собою «...тимчасове колективне добровільне припинення роботи працівниками». Виходячи з нього, стає цілком очевидно, що страйк у неробочий час позбавлений будь-якого сенсу і як результат – є абсолютно неефективним.

Висновки:

1. Єдиним законодавчо затвердженим способом урегулювання суперечливих питань у взаємовідносинах хворого та пацієнта є звернення до суду.

2. У сторони пацієнта є більше можливостей отримати кваліфіковану юридичну допомогу для подальшого судового розгляду шляхом звернення у громадські організації. Натомість, єдине джерело юридичної підтримки медичного працівника у таких ситуаціях – професійні спілки, ефективність яких є, переважно, незадовільною.

3. Колективні засоби захисту прав та професійних інтересів медичних працівників (страйки) є неефективними в умовах обмежень чинного

Чайковський Василь Андрійович

*студент Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрївна

*Кафедра судової медицини та медичного
права Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця*

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХИСТУ ПРАВ ТА ІНТЕРЕСІВ ЛІКАРІВ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ НИМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Згідно зі статтями 21 та 64 Конституції України, «Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними», «Конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України.» Таким чином, з точки зору основного закону, і пацієнти, і лікарі є рівноправними суб'єктами юридичних відносин. Цілком логічно, що рівні в правах громадяни повинні мати рівноцінний доступ до механізмів їх захисту, в тому числі при здійсненні трудової діяльності.

При порівнянні можливостей лікарів та пацієнтів у законних способах захисту цивільних прав виявляється, що обидва учасника медичних відносин можуть звертатися до судових органів з метою «...захисту своїх порушених, невизнаних або оспорюваних прав, свобод чи інтересів» відповідно до норм частини 1 статті 3 Цивільного процесуального кодексу України. Проте, для захисту власних інтересів у покаранні лікаря, пацієнт має численні не задекларовані важелі впливу. Зокрема, пацієнт може звернутися до керівництва лікувально-профілактичної установи де працює лікар, у міський департамент або ж у обласний відділ, Міністерство охорони здоров'я з письмовою скаргою. Подібний «зворотній зв'язок» стимулюється з боку медичного керівництва шляхом створення «гарячих ліній» та електронних поштових скриньок (наприклад, ДООЗ КмДА). Урегулювання взаємовідносин між лікарем та хворим у такий спосіб є упередженим, адже керівництво зацікавлене у дисциплінарному покаранні лікаря задля економії коштів через позбавлення премій та стимулюючих надбавок до посадового окладу, а також у тому, щоб невдоволена результатами службової перевірки сторона (пацієнт) не подавала скарги у вищі інстанції.

Крім цього, пацієнт може звернутися за юридичною підтримкою в громадські організації, що займаються захистом прав пацієнтів або споживачів. Варто зазначити, що закон України «Про захист прав споживачів» позиціонує споживача як громадянина «...який придбав, замовляє, використовує або має намір придбати чи замовити товари

З 2008 р. Згідно з Указом президента України № 1149 від 8.12.2008 р. в нашій державі започатковано Всеукраїнський тиждень права. Особливої актуальності правові знання та дотримання прав людини набули в наш час, коли Україна спрямовує свої кроки до Європейського суспільства.

Тому у 2017 р. було видано розпорядження КМУ №579-р «Про затвердження плану заходів з проведення у 2017 р. Всеукраїнського тижня права», згідно з яким загальноосвітні навчальні заклади України проводять Всеукраїнський урок «Права людини», а вищі навчальні заклади – «Тиждень права».

Проведення Всеукраїнського тижня права увійшло до Комплексного плану заходів з виховної роботи НМУ імені О.О.Богомольця на 2017-2018 н.р. Під час Всеукраїнського тижня права у НМУ імені О.О. Богомольця відбувся лекторій для студентів, в якому взяли участь викладачі кафедри судової медицини та медичного права НМУ, судові експерти, суїцидолог та фахівець з кіберзлочинності, психолог і фахівці з інтелектуальної власності, а також лікарі-інтерни та студенти нашого університету. Важливість такого заходу обумовлена необхідністю підвищення правових знань студентів задля дієвої ефективності із забезпечення прав людини в їх майбутній медичній та фармацевтичній практиці в умовах реформування системи охорони здоров'я. А проведення міжвідомчого круглого столу із міжнародною участю «Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці» як комплексного підходу до розгляду актуальних питань прав людини, сформує не тільки якісно нові погляди на синтез науки і практики, але й надасть позитивні результати в оптимізації роботи правоохоронних органів, експертних установ, наукових і вищих навчальних закладів в царині забезпечення прав людини, прав пацієнта під час реформування суспільства, медичної та правової галузі нашої держави.

***Михайличенко Борис Валентинович**
завідуючий кафедри судової медицини
та медичного права Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця,
доктор медичних наук, професор*

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

до учасників міжвідомчого круглого столу
«Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці»
до Всеукраїнського тижня права

Шановні учасники та гості міжвідомчого круглого столу!

Одним з основних завдань сучасної вищої освіти є підготовка висококваліфікованих фахівців, які будуть здатні успішно працювати в різних галузях народного господарства, приймаючи непрості рішення. Цього, в свою чергу, можна досягти шляхом виховання у майбутніх фахівців, в першу чергу, творчого мислення, а також самостійності та відповідальності. Одним з ефективних шляхів вдосконалення таких якостей була і залишається наукова діяльність.

Цьогорічний міжвідомчий круглий стіл «Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці» до Всеукраїнського тижня права проводиться за спільної ініціативи колективу кафедри кримінального права юридичного факультету Державного університету інфраструктури та технологій, колективу кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та колективу Національної академії внутрішніх справ. Тема круглого столу надзвичайно актуальна, оскільки в умовах сучасного реформування галузі охорони здоров'я, права людини в медичній та фармацевтичній практиці потребують особливої уваги.

Переконана, що в процесі наукових дискусій погляди представників трьох різних вищих навчальних закладів органічно поєднуються, що дозволить поглянути на обрану тему по-новому, побачити актуальні питання та намітити ефективні шляхи для їх вирішення. Крім того, студенти та курсанти різних вищих навчальних закладів зможуть поспілкуватися на науковому рівні, обговорити актуальні наукові проблеми, обмінятися цінними ідеями та створити дружні стосунки з учасниками з інших навчальних закладів.

Бажаю Всім міцного здоров'я, натхнення та успіхів у науковій роботі і практичній діяльності. Всього Вам найкращого!

*Добкіна Катерина Робертівна
декан юридичного факультету
Інституту управління, технологій
та права Державного університету
інфраструктури та технологій,
кандидат юридичних наук, доцент*

працівників, які вперше стають на роботу.

Оплата праці лікарям, які проходять спеціалізацію, заробіток протягом усього періоду навчання виплачується за рахунок базових установ (чи закладів), у встановленому законодавством розмірі.

У п. 7.3 Положення №291 уточнено, що лікарям-інтернам заробіток виплачується закладом (установою), куди вони зараховані, або закладом (установою), з яким укладено трудовий договір. Тарифні розряди за посадами лікарів визначаються згідно з пп. 2.2.5 Положення №291.

Кожний заклад має ухвалити на базі Умов №308/519 локальний документ, у якому конкретизується порядок визначення посадових окладів, надбавок, доплат, премії, допомоги тощо. У ньому також слід передбачити особливості оплати лікарів-інтернів, зокрема порядок зменшення чи збільшення складових заробітку лікаря-інтерна.

Не забуваймо, що керівником лікарні щодо лікаря-інтерна видається наказ, у якому зазначається дата початку та закінчення його стажування, посада та прізвище лікаря-інтерна, а також його посадовий оклад і, за потреби, інші складові заробітку.

Усе це має бути відображено в тарифікаційному списку працівника. Нагадаємо: згідно з додатком 1 до Умов № 308/519 тарифікаційний список складається щорічно, є документом для складання штатного розпису, а також слугує додатком до нього. Список має бути підписаний усіма членами комісії.

Список використаних джерел

1. Конституція України Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
2. ЗУ «Про вищу освіту» від 01.07.2014р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
3. Указ Президента України «Про заходи щодо реформування системи підготовки спеціалістів та працевлаштування випускників вищих навчальних закладів» Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів МОЗ України» №291 від 19.09.1996р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
5. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
6. Наказ МОЗ України «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти». Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

державні медичні ВНЗ, навчаючись у них коштом юридичних та фізичних осіб; прийняті на роботу в недержавні заклади охорони здоров'я; мають сертифікат лікаря-спеціаліста і бажають отримати іншу спеціальність за відсутності потреби в такому спеціалістові з боку закладу.

Якщо навчання здійснювалось за державним замовленням, то в наказі про зарахування фіксується спеціальність інтернатури, заклад освіти, а також базовий заклад, де проводитиметься стажування.

Згідно з Положенням № 291 стажування відбувається в базовому закладі чи установі охорони здоров'я, де лікар-інтерн працює під керівництвом лікаря, призначеного його безпосереднім керівником. Тобто з інтерном виникають трудові правовідносини. Цим самим документом встановлено, що на лікаря-інтерна під час його стажування в базовому закладі охорони здоров'я поширюються встановлені для працівників цього закладу правила внутрішнього трудового розпорядку. Це означає, що з інтерном укладається трудовий договір.

Отже, інтерн навчається на кафедрі медичного ВНЗ під керівництвом закріпленого за ним викладача та стажується за посадою лікаря-інтерна в базовому закладі охорони здоров'я. Зазвичай лікарі після проходження інтернатури залишаються працювати в тих самих медичних закладах.

Якщо лікарі-інтерни навчаються за кошти юридичних чи фізичних осіб то зарахування до інтернатури здійснюється за умови надання: заяви випускника, копії диплома, довідки навчального закладу про його закінчення на контрактних умовах, копії договорів із навчальним закладом та закладом охорони здоров'я або договору з навчальним закладом на навчання в інтернатурі. Про це зазначено в листі МОЗ від 23.06.10 р. №08.01-35/1222.

Ідеться про те, що в разі навчання студента власним коштом він має укласти два договори-контракти: один – із закладом освіти про навчання, включаючи очну частину інтернатури, другий – із лікувальним закладом про стажування без зарахування на посаду лікаря-інтерна та без відповідної оплати праці.

У такому разі це буде договір цивільно-правового характеру, оскільки фактично лікарня надаватиме освітні платні послуги. За таких обставин інтерн має одержати довідку закладу охорони здоров'я про проходження стажування, яка буде підставою для присвоєння йому звання лікаря-спеціаліста (наприклад, лікаря-анестезіолога).

Якщо студент уже має трудову книжку, то ВНЗ уносить до неї запис про час навчання на денному відділенні. Запис здійснюється відповідно до наказів ВНЗ про зарахування на денне навчання, навчання в інтернатурі та про відрахування з нього.

Студентові без трудової книжки перший запис до неї вноситься лікарнею, де він надалі працюватиме, протягом 5 днів після прийняття його на роботу. У такому разі застосовується норма ст. 48 КЗпП стосовно

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

до учасників міжвідомчого круглого столу
«Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній
практиці» до Всеукраїнського тижня права

Вітаю шановних учасників міжвідомчого круглого столу «Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці» і дякую за виявлену увагу і участь в нашому науковому заході. Перекоаний, що наукові доповіді, які прозвучать в рамках круглого столу, будуть надзвичайно корисними для Вас в процесі подальшої науково-дослідницької роботи.

Міжвідомчий круглий стіл «Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці» проводиться за спільної ініціативи колективу кафедри кримінального права юридичного факультету Державного університету інфраструктури та технологій імені Гетьмана Петра Конашевича-Сагайдачного, колективу кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та колективу Національної академії внутрішніх справ. Вважаю, що це є значним кроком у розвитку юридичної і медичної науки, сприяє обміну думками між молодими дослідниками, підтримує зв'язок між наукою і практикою різних наукових галузей. Цінність такого наукового заходу важко переоцінити, адже наука не можлива без молодих науковців, в першу чергу студентів та курсантів, які стоять на початку свого наукового шляху. Притаманна їм сміливість і сучасне бачення проблем дозволяє пропонувати оригінальні рішення та сприятимуть формуванню професійної свідомості.

Проведення міжвідомчого круглого столу є важливою подією в науковому житті Державного університету інфраструктури та технологій імені Гетьмана Петра Конашевича-Сагайдачного, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Національної академії внутрішніх справ безсумнівно, внесе вклад в покращення процесу наукових досліджень, створить стимули для подальшої плідної роботи.

Бажаю Вам міцного здоров'я, успіхів у науково-дослідній роботі і практичній діяльності. Всього Вам найкращого!

Мусієнко Анатолій Володимирович

завідувач кафедри кримінального

права юридичного факультету

Державного університету

інфраструктури та технологій

Інституту управління, технологій та права,

кандидат юридичних наук, доцент



Антонюк Поліна Євгенівна
*професор кафедри
криміналістики та судової медицини
Національної академії внутрішніх справ,
кандидат юридичних наук*

ПРАВО НА ЖИТТЯ ДО «ЖИТТЯ»

Конституція України проголошує людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпеку найвищою соціальною цінністю (ст. 3) та зобов'язує державу захищати життя людини, гарантуючи кожній людині невід'ємне право на життя (ст. 27). На підтвердження цього у 1997 році Україна ратифікувала Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод, засновану на положеннях Всезагальної Декларації прав людини, прийнятою та проголошеною Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року.

Відповідно до статті 1 Всезагальної Декларації прав людини всі люди народжуються вільними та рівними в своїй гідності та правах. Саме таке розуміння природних прав людини закладено в основу побудови вітчизняного правового поля, в тому числі при врегулюванні державної діяльності у галузі охорони здоров'я.

У звичному для нас розумінні біологічна істота виду *Homo sapiens* вважається людиною з моменту її народження, відповідно саме з цього моменту вона набуває свої права та свободи. Але сучасний рівень розвитку технологій та наукових знань дозволив нам дізнатися дещо більше про «життя» людини до її народження, тобто до виходу потомства з тіла матері та початку самостійного існування. І в цьому «переджитті» біологічна істота, яка згодом стає людиною, рівною та вільною в своїх правах та гідності разом з нами, вже народженими, є дуже залежною не лише від своїх біологічних батьків, а й від всіх нас. В цьому аспекті дискусійним вбачається не лише питання, де починається життя, а й початок права на життя.

Мова йде про окремі випадки, коли трапляється смерть вагітної жінки не у зв'язку з родовою діяльністю. Такі випадки мають місце не лише при ударах електричним струмом та завданих черепно-мозкових травмах

Хміль Ірина Юріївна
*старший викладач
кафедри судової медицини
та медичного права
НМУ імені О.О. Богомольця*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЛОДИХ ПРАЦІВНИКІВ - ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Післядипломна освіта входить до структури освіти України. В українському законодавстві післядипломна освіта визначається як спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення і оновлення її професійних знань, умінь і навичок або отримання іншої спеціальності на основі здобутої раніше вищої або професійно-технічної освіти та практичного досвіду.

Післядипломна освіта здобувається в академіях, інститутах післядипломної освіти, професійно-технічних навчальних закладах, відповідних структурних підрозділах вищих навчальних закладів, наукових, навчально-наукових установах у порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України.

Однією з форм післядипломної освіти є інтернатура.

З набуттям чинності з 06.09.14 р. Закону від 01.07.14 р. № 1556-VII «Про вищу освіту» (далі – Закон № 1556) визначення цього поняття дещо змінилось. Так, за ст. 61 цього Закону до інтернів належать особи, які мають ступінь магістра медичного спрямування і навчаються з метою отримання кваліфікації лікаря певної спеціальності відповідно до переліку лікарських спеціальностей інтернатури.

Зарахування випускника медичного ВНЗ (медичного факультету університету) до інтернатури здійснюється після складання державних іспитів та присвоєння кваліфікації лікаря й отримання диплома з певної лікарської спеціальності. Молоді спеціалісти зараховуються до інтернатури наказами управлінь охорони здоров'я. У наказах зазначається спеціальність інтернатури, заклад освіти, у якому відбуватиметься очна частина навчання, та базова установа (заклад), де проводитиметься стажування. До цих базових установ особи й зараховуються на посади лікарів-інтернів. Відповідно до п. 2.3 Положення №291 підставою для видання наказу слугує диплом лікаря, посвідчення про направлення на роботу за персональним розподілом або довідка про право самостійного працевлаштування.

В п. 7.10 Положення № 291 передбачено також проходження інтернатури на умовах договорів, укладених між МОЗ, управлінням охорони здоров'я обласної, Київської міської держадміністрації, вищим закладом освіти та юридичними і фізичними особами, які будуть фінансувати навчання в інтернатурі. Застосування такого алгоритму стосується лікарів, які: закінчили недержавні медичні ВНЗ; закінчили

перед законом (ст. 24);

– кожен має право на повагу до його гідності (ст. 28);

– кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49);

– права і свободи людини і громадянина захищаються судом (ст. 55) [1].

Згідно з Цивільним Кодексом України, лікар має право: на захист цивільних прав та інтересів судом (ст. 16);

– на відшкодування збитків та інші способи відшкодування майнової шкоди: 1. Особа, якій завдано збитків у результаті порушення її цивільного права, має право на їх відшкодування; 2. Збитками є: 1) втрати, яких особа зазнала у зв'язку зі знищенням або пошкодженням речі, а також витрати, які особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного права (реальні збитки); 2) доходи, які особа могла б реально одержати за звичайних обставин, якби її право не було порушене (упущена вигода) (ст. 22);

– на відшкодування моральної шкоди: 1. Особа має право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав; 2. Моральна шкода полягає: 1) у фізичному стражданні; 2) у душевних стражданнях; 3) у приниженні честі та гідності фізичної особи, а також ділової репутації фізичної або юридичної особи (ст. 23) [2].

Висновок

При порушенні пацієнтом прав лікаря-стоматолога (професійних або загальнолюдських-приниження гідності лікаря, вираження невдоволення щодо роботи лікаря в присутності інших пацієнтів та інші дії, що привели до відмови пацієнтів від лікування у цього лікаря або формування негативної думки про нього, та до втрати певної вигоди, лікар-стоматолог має право подати скаргу до суду та вимагати матеріальної (втрата можливої вигоди) та моральної (приниженні честі та гідності фізичної особи, а також ділової репутації фізичної або юридичної особи шкоди, згідно статті 23 Цивільного кодексу України [2].

Список використаних джерел

1. Конституційне право України: Підручник / За ред. В. Ф. Погорілка. — 2-е вид., доопр. / НАН України; Ін-т держави і права. — К.: Наук. думка, 2000. — 732 с.

2. Цивільний кодекс України Поточна редакція.

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я.

4. Документ 2801-12, чинний, поточна редакція — Редакція від 06.11.2017, підстава 2002-19.

(закритих та відкритих), а й при різкому підвищенні внутрішньочерепного тиску; інфаркту головного мозку; пухлини головного мозку; закритої гострої гідроцефалії; внутрішньочерепних оперативних втручаннях на головному мозку; гіпоксіях різного генезису; зупинці серцевої діяльності; припиненні або різкому погіршенні системного кровообігу в результаті тривалого шоку.

Наказ МОЗ України від 23.09.2013 № 821 «Про встановлення діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини» дозволив відділити смерть клінічну (смерть мозку) від біологічної (припинення фізіологічних процесів в клітинах та тканинах), створивши нормативне підґрунтя для законного вилучення органів та інших анатомічних матеріалів, що значно розширило право на життя людей в Україні. Але діючі нормативні акти в галузі медичної діяльності в Україні, на жаль, не регулюють дій медичних працівників у випадках, коли вони стикаються з необхідністю приймати рішення відносно життя вагітної жінки. Відсутність в нормативних актах алгоритму дій медичних працівників в подібних випадках ставить їх перед необхідністю самостійного прийняття рішення щодо своїх професійних дій, що суперечить принципам доказової медицини.

І якщо вчора таке питання не потребувало врегулювання, то сьогодні, зважаючи на можливості сучасної медицини, акушерська практика в разі клінічної смерті мозку вагітної жінки потребує не лише нормативного, а й організаційного, методичного та ресурсного забезпечення. Про це свідчить передовий досвід світової медицини.

Так, в липні 2014 року в Угорському місті Дебрецен у жінки, яка перебувала на четвертому місяці вагітності, стався інсульт. Лікарі констатували смерть головного мозку. Угорські медики вирішили використовувати тіло жінки як інкубатор, та три місяці тримали її на апараті життєзабезпечення. Після чого в ході кесарева розтину прийняли пологи, в результаті яких народився 7-місячний здоровий малюк вагою 1,5 кг. Після цього жінку від'єднали від апарату штучного життєзабезпечення, а її тіло стало донором для чотирьох осіб, врятувавши їм життя [1].

У 2014 році в Московській області вагітна жінка в результаті дорожньо-транспортної пригоди отримала черепно-мозкову травму та впала в кому. Лікарі провели операцію та в результаті кесаревого розтину народився здоровий малюк вагою 3,2 кг. Згодом породілля вийшла з коми [1].

У 2016 році у Вроцлаві (Польща) до шпиталю потрапила 41-річна вагітна жінка з пухлиною мозку на 17-у тижні вагітності, у якої констатували клінічну смерть. Два місяці лікарі підтримували тіло жінки на апараті штучного забезпечення життєдіяльності, після чого на 26 тижні вагітності був проведений кесаревий розтин, та народився хлопчик вагою 1 кг. Ще 90 днів дитина перебувала в інкубаторі, після чого розпочала своє самостійне життя [2].

Наступний випадок мав місце у 2017 році в Кампо-Ларго (Бразилія). Тамтешні лікарі зважились на порятунок двійнят, які ще були в лоні матері, коли її мозок уразив інсульт. 21-річна жінка, яка була лише на дев'ятому тижні вагітності, померла внаслідок інсульту в лікарні, куди її доставили з сильним болем голови. Лікарі, коли констатували смерть мозку, спершу мали намір від'єднати її організм від системи життєзабезпечення, щойно зупиняться серця ненароджених дітей. Однак маленькі серця билися і билися. І тоді тіло жінки було приєднано до штучної системи життєзабезпечення, в результаті чого вдалось продовжити внутрішньоутробний розвиток плодів на 123 дні. Після чого провели кесарів розтин, та на світ з'явилися два малюки вагою менше ніж 1,5 кг кожний [3].

Список використаних джерел

1. Роды после смерти: врачебный подвиг дал жизнь ребенку мертвой женщины [Електронний ресурс: <http://www.ntv.ru/novosti/725218/>].
2. У Польщі дитина народилася через 55 днів після смерті матері [Електронний ресурс: <https://tsn.ua/svit/u-polschi-ditina-narodilasya-cherez-55-dniv-pislya-smerti-materi-634981.html>].
3. Двійко діток народилося через 123 дні після смерті їхньої матері [Електронний ресурс: <http://www.expres.ua/news/2017/07/25/253959>].

Бабак Валентина Володимирівна

студентка Юридичного факультету

Інституту управління, технологій і права

Державного університету інфраструктури і технологій

Науковий керівник – доцент, кандидат медичних наук

Мусієнко Анатолій Володимирович

завідувач кафедри кримінального права

юридичного факультету

Державного університету

інфраструктури та технологій

Інституту управління, технологій та права

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИЛУЧЕННЯ ДОНОРСЬКИХ ОРГАНІВ ТА ТКАНИН ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ

Фундаментом, що дозволив успішно вирішити нові для України правові та морально-етичні питання і гарантувати дотримання основних прав і свобод людини при ухваленні нормативно-правових актів в галузі трансплантології, стала Конституція України [1, ст. 3]. Також одним із основних Нормативно правових актів, що визначає умови і порядок

регламентуються законами України. Однією із основних причин позовів – це порушення прав пацієнта. І через широку доступність інформації пацієнти пізнають свої права.

А що стосовно прав лікарів? Адже лікарі-стоматологи, окрім професійних обов'язків, ще мають професійні та загальнолюдські права, пільги та свободи. Вони також регламентуються Конституцією України, Кодексами та іншими правовими документами.

До головних професійних прав лікарів-стоматологів відносяться, згідно зі ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, є право на: заняття медичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації; належні умови професійної діяльності; вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності; судовий захист професійної честі та гідності [3].

Відповідно до статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я, лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення; лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму [3].

Виявляється, що лікар має право використовувати інформацію, яка є лікарською таємницею, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, у тому числі у випадках її публікації в спеціальній літературі, належним чином забезпечивши анонімність пацієнта (ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [3].

Стоматолог має право проводити медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, як виняток, в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від вживання методів діагностики, профілактики або лікування буде менше ніж можна чекати у разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе (ст. 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [3].

Лікар має право не брати згоду хворого або його законних представників на медичне втручання в невідкладних випадках, коли є реальна загроза життю хворого. Якщо пацієнт після інформування лікарем про медичне втручання відмовляється від лікування, лікар має право узяти від нього письмове підтвердження про відмову, а при неможливості його отримання – засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків (ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [3].

Окрім того, лікар має і такі ж загальнолюдські права, як у інших пересічних громадян, які регламентуються такими статтями Конституції України:

- усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах (ст. 21);
- громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними

деякі лікарі тим самим не лише обмежують право людини на лікування, а й наносять конкретну шкоду здоров'ю, оскільки з часом у пацієнта з наявною патологією виникає ускладнення у вигляді запалення та, навіть, некрозу щелеп.

27 вересня 2009 р. Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та Х З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства в м. Євпаторії було прийнято Етичний кодекс лікаря України, в якому, зокрема, підкреслювалось, що лікар повинен бути чесним з пацієнтами та колегами, принциповим у своїй позиції щодо професійних недоліків, ... визнавати власні помилки, а також не допускати обману і шахрайства (п. 2.13),.. також лікар не повинен наражати пацієнта на невиправданий ризик. Цим кодексом передбачено, що в разі настання можливих негативних наслідків для окремих людей, Комісія з питань біоетики зобов'язана дослідити та вжити заходи з профілактики й усунення їх шляхом клопотання перед відповідними організаціями та органами державної влади про дисциплінарні, адміністративні та юридичні санкції проти винуватців [3]. На нашу думку, цей документ прийнято доволі дієвим, тому і лікарям, і юристам необхідно контролювати, аби він дотримувався на практиці і права пацієнта на вибір методів лікування не порушувались.

Список використаних джерел

1. Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 року // Відомості Верховної Ради України. – 2003. № 40- 44. – Ст. 284.
2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/informovana-zgoda-paciyenta-na-medichne-vtruchannya-pravovi-pidstavi-ta-obmezheniya/> (21/02/2014).
3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://aau.edu.ua/static/III/texts/medlaw/Etychnyi-kodeks-likarya-Ukrainy.pdf>

Федорова Аліна В'ячеславівна

лікар-інтерн,

Кафедра стоматології

НМУ імені О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент,

кандидат медичних наук

Федорова Олена Анатоліївна,

Кафедра судової медицини та медичного права

НМУ імені О.О.Богомольця

ПРАВА ЛІКАРІВ У СТОМАТОЛОГІЇ

Порушення прав в стоматології – є доволі актуальним питанням у даний час. Кількість позовів до суду на стоматологів з кожним роком зростає. Це обумовлене тим, що у кожного пацієнта є права, які

застосування трансплантації як спеціального методу лікування, став Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» від 16 липня 1999 року [2, ст. 1].

Реалізація прав пацієнтів у сфері трансплантології суттєво залежить від регламентації донорства, оскільки донор є центральною фігурою всього процесу пересадки. Трансплантація органів можлива як від живої людини так і від померлої особи. Розділ IV Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» регламентує вилучення анатомічних матеріалів у померлих осіб [2, ст. 15]. Проте, складність проблеми полягає в тому, що необхідно врахувати вибір особи за життя та гарантувати право на її тілесну недоторканість після смерті. В світовій практиці успішно застосовуються дві основні юридичні моделі, які регулюють процедуру отримання згоди на вилучення анатомічного матеріалу – «презумпція згоди» і «презумпція незгоди» [3]. В Україні застосовується останнє, оскільки відповідно до діючого законодавства, донором може бути і померла особа, яка за життя, будучи повнолітньою та дієздатною, дала згоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті. Якщо ж така згода відсутня, а також відсутня письмова незгода стати донором, органи у померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. У випадку смерті неповнолітньої, обмежено дієздатної або недієздатної особи таку згоду можуть надати законні представники. Саме такий підхід і має назву «презумпція незгоди», якщо за життя особа письмово не висловила бажання стати донором органів, вважається що така особа проти того, щоб бути донором. Однак, якщо презумпція згоди результативніша за кількістю вилучених трансплантатів, то презумпція незгоди більш ефективно реалізує право особи на життя і тілесну недоторканість та запобігає криміналізації трансплантології. Деякі науковці вважають, що на кількість донорів значною мірою впливає суспільна думка і чим більш негативно ставиться суспільство до трансплантації органів і тканин, тим складніше трансплантологам отримати згоду на вилучення органів [4].

Також, щодо такої складної ситуації з донорським матеріалом призводить непрозорість та низька ефективність державної політики в галузі трансплантології. Крім того, опитування фахівців практичної охорони здоров'я та працівників МВС показало наявність й інших, не менш значимих факторів, що впливають на ситуацію. Найчастіше респонденти називали такі фактори, як наявність «тіньових» схем роботи медичних установ, відсутність належної роз'яснювальної роботи медичних установ про правильне донорство (пожертвування органів), відсутність системи заохочення фізичних осіб за добровільне жертвування органів, невіра людей в справедливую медичну допомогу, недостатній розвиток в суспільстві принципів гуманізму, а також

практики добровільних пожертвувань, що в комплексі зумовлює нинішнє негативне становище.

Останні роки наші парламентарі активно роблять спроби удосконалити законодавство, що регламентує сферу трансплантології. В 2015 році у Верховній Раді України було зареєстровано паралельно два законопроекти. Другий законопроект – це проект закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині» № 2386а-1 від 04 серпня 2015 року, яким пропонується також викласти у новій редакції Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині». Здебільшого запропоновані зміни стосуються термінології, передбачено право на здійснення діяльності з трансплантації закладам охорони здоров'я приватної форми власності, закріплюються умови для здійснення «перехресного донорства» при взятті гомотрансплантантів у живих донорів. Кардинальною відмінністю цього законопроекту від альтернативного йому проекту закону № 2386-а є те, що він не змінює існуючого в чинному законодавстві принципу «презумпції незгоди» щодо посмертного донорства. Зрештою, на нашу думку Україна ще просто не готова до запровадження «презумпції згоди». В умовах масштабної недовіри населення зміна юридичної моделі не буде сприйнята позитивно, якщо спочатку не усунути вищевказані негативні фактори і не змінити суспільні налаштування. Отже, не менш важливим є створення дієвих механізмів впливу на громадськість в питанні вилучення органів і тканин у донора-трупа. Більш позитивні результати могла б дати ефективна державна програма розвитку трансплантології з обов'язковим формуванням позитивної громадської думки.

Підсумовуючи вищенаведене, хотілось би зазначити, що для врегулювання ситуації з трансплантацією органів в Україні, в першу чергу треба починати не із ґрунтовних змін в законодавстві, а направити всі зусилля на реалізацію вже існуючого правового поля. Очевидно, що наявність тієї чи іншої юридичної моделі в законодавстві будь-якої країни суттєво не впливає на кількість донорів та трансплантацій оскільки, «презумпція згоди» за кількості вилучених органів не демонструє значної переваги. Виходячи з беззаперечності пріоритету прав людини, зокрема права людини на життя та тілесну недоторканість, авторська позиція полягає в необхідності внесення змін до чинного законодавства, з метою удосконалення механізму фіксації згоди потенційного донора. Для прикладу, відповідно до статті 17 діючого Закону про трансплантацію, в Україні діє єдина державна інформаційна система трансплантації, до якої вносяться відомості про реципієнтів, а також про осіб, які заявили про свою згоду або незгоду стати донорами у разі смерті. При цьому такого реєстру в Україні на сьогодні не існує.

Одним з основних питань реформування медицини є підвищення уваги до прав людини в галузі охорони здоров'я та підвищення вимог до якості надання медичних послуг пацієнтам. Про увагу держави до охорони здоров'я населення свідчить наявність більш 5000 нормативних актів, які регулюють медичну діяльність.

Однак, особливо важливим, на нашу думку, є право пацієнта на вибір методів медичного втручання, яке викладене в ст. 284 ЦК України [1]. Згідно з цією нормою, «фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування».

Проте, під час надання лікування, права та обов'язки має не лише пацієнт. Між учасниками лікувального процесу виникають правовідносини «лікар-пацієнт». І саме в цьому аспекті обидві сторони відносин повинні дотримуватись власних прав та обов'язків. Лікарі опікуються своїми правами, коли повністю заповнюють текст «Інформованої згоди пацієнта на медичне втручання», в якому містяться численні рубрики про інформовану згоду пацієнта, в тому числі про:

- виклад основної інформації, дотичної до медичного втручання;
- факт згоди пацієнта на таке втручання.

Однак, бажано, аби текст «згоди» містив ще відомості про діагноз пацієнта і мету медичного втручання;

- назву і характер втручання;
- очікуваний результат;
- умови, в яких буде реалізуватись право пацієнта на лікування;
- потенційні ризики та ускладнення;
- альтернативні методи діагностики та лікування.

Проте, наразі, у медичній практиці існують деякі завуальовані порушення прав пацієнта. Наприклад, пацієнт може обирати метод лікування лише з тих, про які оголосив йому лікар. Однак, насправді, можуть існувати й інші доступні і менш вартісні методи діагностики або лікування, про які лікар не вказав. ЦК має на увазі, що лікар повинен повідомити свого пацієнта про всі доступні тому методи лікування. З професійної точки зору, лікар не має права використовувати заборонені технології та методи діагностики, ліки тощо [2].

Попри все, з медичної та судової практики нам відомо, що не завжди лікарі поступають належним чином, обмежуючи тим самим свободу вибору пацієнта. Наприклад, в практиці лікарів-стоматологів приватних клінік, на жаль, широко розповсюджена практика реклами дорогого за вартістю протезування імплантатами, в той час, як воно є завідомим протипоказом у випадках наявності у пацієнта пародонтозу. Не надаючи пацієнту повної інформації про існуючі різноманітні методи протезування,

мозкова травма».

Ушкодження у вигляді цих самих легких форм ЧМТ, зазвичай, загоюються в термін до двадцятої доби, тому відносяться до категорії легких тілесних ушкоджень, які спричинили короточасний розлад здоров'я більше шести діб.

Однак, іноді пацієнти самі порушують свої права, звертаючись по медичну допомогу несвоєчасно – лише через кілька днів, не приймають прописані медикаменти, або самостійно замінюють їх на інші, не дотримуються режиму лікування. В такому випадку вони наражають себе на більш тривалий термін одужання, який все одно, не приймається до уваги при оцінці ступеню тяжкості тілесних ушкоджень.

Таким чином, проаналізувавши порушення, які найбільш часто зустрічаються в медичній практиці, стає вочевидь, що забезпечення права пацієнта на охорону здоров'я не залежить лише від діяльності лікаря, а знаходиться в прямій взаємозалежності правовідносин «лікар-пацієнт». І лише спільна і своєчасна праця обох учасників цих правовідносин може бути запорукою забезпечення права пацієнта на охорону здоров'я у конкретної особи.

Список використаних джерел

1. Конституції України від 1 січня 2006 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2006. - Ст. 49.

2. Федорова О.А., Варуха К.В. Спільні актуальні проблеми клінічної медицини та судово-медичної експертизи стосовно діагностики струсу головного мозку у потерпілих / О.А. Федорова, К.В. Варуха //Зб. мат-лів міжнарод. наук-практ. конф. громадської організації «Львівська медична спільнота»: «Актуальні питання сучасної медицини: наукові дискусії, 26-27 вересня 2014. – Львів. С. 17-19.

Федорова Сніжана Василівна

студентка юридичного факультету

ВПНЗ «Фінансово-правовий коледж»

Науковий керівник – викладач,

кандидат медичних наук

Федорова Олена Анатоліївна

Кафедра загально-юридичних

дисциплін ВПНЗ «Фінансово-правовий коледж»

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТА

НА ВИБІР МЕТОДІВ МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Кількість цивільних «медичних справ» за позовами про відшкодування моральних та матеріальних збитків з приводу недостатньої якості лікування в Україні, нажаль, не зменшується.

Список використаних джерел

1. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/constitution>.

2. Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» від 16 липня 1999 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1007-14>.

3. Дргоец Я., Холлендер П. Современная медицина и право: Пер. со словац. / Я. Дргоец, П. Холлендер. – М.: Юрид. лит., 1991. – 336 с.

4. Бокерия Л.А., Каабак М.М., Мовсесян Р.А. и др. Этическая и юридическая проблемы органного донорства – кто вправе распоряжаться органами человека после его смерти? / Л.А. Бокерия, М.М. Каабак, Р.А. Мовсесян, и др. //Анналы хирургии. – 1997. – №5. – С. 27-28.

5. Закон про трансплантацію: зміни – на краще? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/zakon-pro-transplantaciyuzmini-na-krashhe/>

Babi Zulfiqar Ali Khan

Student Medical Faculty No. 2.

Kyiv Medical University.

Supervisor – Professor

Babkina Olena Petrivna

Doctor Of Medicine,

Forensic Medicine Faculty,

Bogomolets National Medical University

ETHICAL CODE AND CONDUCT OF INDIAN DOCTORS

Duties of physicians to their patients

Obligations to the Sick:

Though a physician is not bound to treat each and every person asking his services, he should not only be ever ready to respond to the calls of the sick and the injured, but should be mindful of the high character of his mission and the responsibility he discharges in the course of his professional duties. In his treatment, he should never forget that the health and the lives of those entrusted to his care depend on his skill and attention. A physician should endeavour to add to the comfort of the sick by making his visits at the hour indicated to the patients. A physician advising a patient to seek service of another physician is acceptable, however, in case of emergency a physician must treat the patient. No physician shall arbitrarily refuse treatment to a patient. However for good reason, when a patient is suffering from an ailment which is not within the range of experience of the treating physician, the physician may refuse treatment and refer the patient to another physician. Medical practitioner having any incapacity detrimental to the patient or which can affect his performance vis-à-vis the patient is not permitted to practice his profession Patience,

Delicacy and Secrecy:

Patience and delicacy should characterize the physician. Confidences concerning individual or domestic life entrusted by patients to a physician and defects in the disposition or character of patients observed during medical attendance should never be revealed unless their revelation is required by the laws of the State. Sometimes, however, a physician must determine whether his duty to society requires him to employ knowledge, obtained through confidence as a physician, to protect a healthy person against a communicable disease to which he is about to be exposed. In such instance, the physician should act as he would wish another to act toward one of his own family in like circumstances.

Prognosis:

The physician should neither exaggerate nor minimize the gravity of a patient's condition. He should ensure himself that the patient, his relatives or his responsible friends have such knowledge of the patient's condition as will serve the best interests of the patient and the family.

The Patient must not be neglected:

A physician is free to choose whom he will serve. He should, however, respond to any request for his assistance in an emergency. Once having undertaken a case, the physician should not neglect the patient, nor should he withdraw from the case without giving adequate notice to the patient and his family. Provisionally or fully registered medical practitioner shall not wilfully commit an act of negligence that may deprive his patient or patients from necessary medical care.

Engagement for an Obstetric case:

When a physician who has been engaged to attend an obstetric case is absent and another is sent for and delivery accomplished, the acting physician is entitled to his professional fees, but should secure the patient's consent to resign on the arrival of physician.

Duties of physician in consultation

Unnecessary consultations should be avoided:

However in case of serious illness and in doubtful or difficult conditions, the physician should request consultation, but under any circumstances such consultation should be justifiable and in the interest of the patient only and not for any other consideration. Consulting pathologists /radiologists or asking for any other diagnostic Lab investigation should be done judiciously and not in a routine manner.

Consultation for Patient's Benefit:

In every consultation, the benefit to the patient is of foremost importance. All physicians engaged in the case should be frank with the patient and his attendants.

Punctuality in Consultation:

Utmost punctuality should be observed by a physician in making themselves available for consultations.

Федорова Олена Анатоліївна

*Асистент кафедри судової
медицини та медичного права
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця,
кандидат медичних наук*

АДЕКВАТНІ ВІДНОСИНИ «ЛІКАР – ПАЦІЄНТ» – ЗАПОРУКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Охорона здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики [1]. Проте, не варто забувати, що стан здоров'я особи, насамперед, залежить від її власного підходу до лікування.

Зі сторінок ЗМІ ми поінформовані про випадки, коли пацієнти зволікають до останнього, не звертаючись до лікаря і не починаючи лікування. Особливо часто це виникає з причин «недовіри до лікарів взагалі» і до звернення пацієнтів до сумнівних цілителів, «знавців народної медицини». І лише опинившись у критичному стані, коли патологічні зміни в організмі набули незворотного характеру, такі хворі звертаються до лікарів і потім починають звинувачувати тих у неякісному наданні медичних послуг.

Тому, необхідно пам'ятати, що стан здоров'я пацієнта залежить не лише від лікаря, а від взаємовідносин «лікар-пацієнт».

З одного боку, лікар, проводячи правильну та своєчасну діагностику захворювання, здатен забезпечувати право пацієнта на охорону здоров'я, однак, в разі того, що сам хворий своєчасно звернувся до нього. З порушенням прав пацієнта та лікаря, судово-медичні експерти часто зустрічають під час проведення експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб. Особливо часто такий конфлікт інтересів спостерігається у випадку травм голови у живих осіб. На заваді постановці правильного діагнозу виникають кілька причин, про які ми вказували у попередніх публікаціях [2].

Наприклад, з одного боку, лікар під час збору анамнезу у такого потерпілого, порушує його права, якщо іноді забуває спитати у того про наявність у нього вегето-судинної дистонії, артеріальної гіпертензії, вагітності тощо, а також, всупереч вимогам Клінічних протоколів надання медичної допомоги, не проводить диференціальної діагностики з таким захворюваннями чи станами. У більшості таких випадків, невропатологи та травматологи користуються при постановці клінічного діагнозу лише такими суб'єктивними ознаками, як: головний біль, нудота, головокружіння тощо, та не описують об'єктивні ознаки струсу або забою головного мозку (порушення сухожилкових та періостальних рефлексів, наявність гіпергідрозу, дермографізму, наявність патологічних рефлексів, тремору тощо), а потім – невідомо звідки виставляють діагноз: «Черепно-

того, вагоме значення має особлива процесуальна форма оформлення експертизи. Вона передбачає, що експертизу призначає лише суд. Однак, ініціатива може належати кожній зі сторін. Зокрема, особи, які беруть участь у справі вправі заявити суду про факти, які підлягають з'ясуванню при проведенні судової експертизи. При цьому суд може реалізувати рішення шляхом винесення відповідної ухвали, або відхилити його.

Варто звернути увагу, що у європейських країнах процедура призначення судової експертизи має відмінності. Так, в Німеччині сторони можуть самостійно звернутися до експерта без дозволу суду. Це пояснюється тим, тим що в Німеччині створений інститут приватної експертизи. Саме це є гарантом успішного вирішення цивільних справ. Також за законодавством передбачено призначення експертизи, в тому випадку, коли можуть виникнути питання, які потребують спеціальних правових знань. При цьому суд, зважаючи на його компетентність не володіє достатнім обсягом знань в галузі права, а консультування фахівця з даного питання є дуже раціональним [3, 6].

Таким чином, судову експертизу необхідно вважати одним із ключових доказів в цивільному процесі. Саме вона є тим механізмом, який підвищує достовірність щодо зібраних матеріалів в конкретній справі, при цьому, висновки експертів є надійним підтвердженням доказів, які врегульовують встановлення істини. Тим самим, враховуючи позитивний досвід Німеччини потрібно створити самостійним інститутом приватної експертизи. Це передбачило для України створення модернізованої об'єктивної процедури. Судді не можуть рівною мірою бути фахівцями з усіх галузей права і тому доцільніше послуговуватися знаннями спеціаліста. Тому дане саме це доцільно було б запровадити і в законодавстві України.

Список використаних джерел

1. Цивільний процесуальний кодекс України № 1618-IV від 18.03.2004 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 40-42. – С. 492.
2. Жданович В.О. Судові експертизи в цивільному судочинстві України / В.О. Жданович // Сучасні проблеми криміналістики : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження доктора юридичних наук, професора В.П. Козакова. – Одеса : Юридична література, 2013. – С. 326-329.
3. Леми Р.Я. Практика застосування спеціальних знань в цивільному процесі в країнах ЄС (на прикладі Німеччини, Франції та Великобританії) / Р.Я. Леми // Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». – 2014. – № 1(9). – С. 1-13.

Statement to Patient after Consultation:

All statements to the patient or his representatives should take place in the presence of the consulting physicians, except as otherwise agreed. The disclosure of the opinion to the patient or his relatives or friends shall rest with the medical attendant.

Differences of opinion should not be divulged unnecessarily but when there is irreconcilable difference of opinion the circumstances should be frankly and impartially explained to the patient or his relatives or friends. It would be opened to them to seek further advice as they so desire.

Treatment after Consultation

No decision should restrain the attending physician from making such subsequent variations in the treatment if any unexpected change occurs, but at the next consultation, reasons for the variations should be discussed/explained. The same privilege, with its obligations, belongs to the consultant when sent for in an emergency during the absence of attending physician. The attending physician may prescribe medicine at any time for the patient, whereas the consultant may prescribe only in case of emergency or as an expert when called for.

Patients Referred to Specialists:

When a patient is referred to a specialist by the attending physician, a case summary of the patient should be given to the specialist, who should communicate his opinion in writing to the attending physician.

Fees and other charges:

A physician shall clearly display his fees and other charges on the board of his chamber and/or the hospitals he is visiting. Prescription should also make clear if the Physician himself dispensed any medicine.

A physician shall write his name and designation in full along with registration particulars in his prescription letter head.

Reference

1. <https://www.mciindia.org/ActivitiWebClient/rulesnregulations/codeofMedicalEthicsRegulations2002>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399321/>
3. https://en.wikipedia.org/wiki/Ethical_code
4. <https://www.aiims.edu/en/component/content/article/236-notices/miscellaneous/7322-constitution-of-institute-ethics-committee-for-pg-research-clinical-science-at-the-aiims,-new-delhi-reg.html>
5. http://www.mamc.ac.in/research_projects.html#

Babi Zulfiqar Ali Khan

Student Medical Faculty No. 2.

Kyiv Medical University.

Supervisor – Professor

Babkina Olena Petrivna

Doctor Of Medicine,

Forensic Medicine Faculty,

Bogomolets National Medical University

ETHICAL CODE AND CONDUCT OF UKRAINIAN DOCTORS

The main aim of physician's (practitioner and scientist) professional activities is to preserve and protect human life and health in the prenatal and postnatal periods, ensure disease prophylaxis and health recovery, as well as decrease the suffering of incurable diseases at birth and death.

Ethical attitude to the patient's personality does not stop even after his death.

The physician performs its obligations with respect for the life, dignity and personality of each patient on the basis of moral and ethical principles of the society based on the Oath of Ukrainian Physician and this Code.

The physician bears responsibility for his / her own decisions and actions related to lives and health of patients. He / she is obliged to improve systematically the professional level, using in work the most effective early known and the latest medical achievements in the manner prescribe by law.

Moral aims gives physician a reason to seek legal protection of his / her own ethical positions and principles of personal dignity, financial guarantee, creation of proper conditions for the realizations of professional activities.

In any case, the physician should not lose the professional independence. During making professional decisions by physician, motives of material and personal benefits, career, satisfactions of personal ambitions should not prevail.

In state and public health care institutions, the physician provides free medical care to patients, within the funding allocated to this institution.

Extortion of any gratification from the patient or his relatives by physician, which is not prescribed by laws and regulations deemed criminal and immoral.

Law regulates the rights of physician on private practice.

The physician has the right to obtain material rewards of his / her work in accordance with the law. The physician shall protect the right to a valid estimate and payment of his labour from the state, to avoid humiliation and financial discrimination when working in private agencies and during private practice.

However, the physician shall not:

– engage in unfair advertising and allow to use his / her name and statements for the purpose of blurb of misleading medical information;

6. Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди : постанова Пленуму Верховного Суду України від 27.03.1992 р. № 6 [Текст] // Збірник постанов Пленуму Верховного Суду України. Частина перша. – К. : Українська Правнича Фундація, 1995. – С. 90-109.

7. Болотіна Н.Б. Пациент: понятия, права та обов'язки / Н. Болотіна // Правова держава. – 2003. – Вип. 14. – С. 301-309.

8. Щукін О.С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук / О. С. Щукін. – Одеса, 2005.

Тимошенко Олена Олександрівна

студентка Навчально-наукового інституту права

Сумського державного університету

Науковий керівник – старший викладач,

кандидат юридичних наук

Шапіто Вікторія Сергіївна

Кафедра кримінально-правових

дисциплін та судочинства

Навчально-наукового інституту права

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АСПЕКТ ЗАСТОСУВАННЯ СУДОВОЇ ЕСПЕРТИЗИ В ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ УКРАЇНИ ТА НІМЕЧЧИНИ

В умовах сучасного розвитку правової системи постало питання про обов'язковість застосування засобів доказування. Серед них актуальним та ефективним залишається застосування судової експертизи. Даний інститут є невід'ємною складовою та відіграє ключову роль у вирішенні цивільних справ.

Згідно з ч. 1 ст. 66 ЦПК висновок експерта є один із засобів доказування, який передбачає детальний опис проведення ним досліджень, виконаних у результаті них висновки та компетентно дані відповіді на питання, поставлені судом [1]. Без сумніву, саме під час проведення експертизи з'ясовуються ознаки окремих фактів та механізми їх утворення. Очевидно, що даний доказ дає змогу висвітлити час початку та перебіг певних епізодів, дозволяє виявити склад елементів. У процесі встановлення фактів, експертиза допомагає дати правильну юридичну оцінку та є засобом запобігання правопорушень [2, 326].

Необхідно зазначити про наявність окремих ознак, які виокремлюють застосування судової експертизи в цивільному процесі. Так, компетентність під час проведення досліджень з метою встановлення обставин, спеціальний суб'єкт експертизи – це важливі складові. Крім

від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи допускають необґрунтований ризик за недостатнього досвіду чи знань.

Сьогодні існує велика кількість суперечностей і невизначеностей у законодавчому регулюванні цивільної відповідальності медичних працівників та відшкодування шкоди завданої неналежним лікуванням, усунення яких можливе шляхом прийняття нормативно-правового акту, який чітко регулюватиме правовий статус пацієнта і лікаря, види правовідносин, які між ними виникають у процесі надання медичної допомоги та медичних послуг.

У зарубіжних країнах широко використовують медичне страхування від неправильного лікування [7]. У цьому контексті окремі автори розглядають медичну помилку як підставу для звільнення від матеріальної відповідальності [8]. Так, вважаємо за необхідне запровадити і в Україні такий вид страхування, який був би своєрідною гарантією компенсації пацієнтам шкоди, завданої внаслідок медичної помилки. Оскільки, як відомо на практиці, дуже важко притягнути лікаря до відповідальності та стягнути з нього компенсацію за, шкоду, спричинену пацієнтові його діями або бездіяльністю. Окрім цього, не можна не зазначити про необхідність на законодавчому рівні закріпити поняття «презумпції моральної шкоди, заподіяної неналежним лікуванням». Шкода життю чи здоров'ю особи, спричинена внаслідок неналежного лікування, завжди супроводжується душевними стражданнями, що підтверджується рядом теоретичних та практичних досліджень, а також практикою Європейського суду з прав людини.

Окрім цього, на нашу думку необхідно створити умови для відшкодування шкоди, завданої неналежним лікуванням, тому доцільним буде прийняття окремого нормативно-правового акту, що буде регулювати порядок відшкодування шкоди, завданої медичними установами та їх працівниками внаслідок неналежного лікування або недбалого ставлення до пацієнта, що стане однією із важливих гарантій дотримання прав людини.

Список використаних джерел

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України від 23.07.1996 – 1996 р., № 30, ст. 141
2. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. // Офіційний Вісник України – 2003. – № 11. – Ст. 461.
3. Большая медицинская энциклопедия. – М., 1976. – Т. 4. – С. 44.
4. Акопов В.И. Право в медицине / В.И. Акопов, Е.Н. Маслов. – М. : Книга-сервис. – 2002. – 352 с.
5. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки / Н.В. Эльштейн // Терапевтический архив. – М. : Медицина. – 2005. – № 8. – С. 88-92.

– distribute for profit medicinal products and medical devices, except in certain circumstances defined by legislation;

– participate in collusion with other physicians, pharmacists, agents of medical and pharmaceutical industry and other individuals or legal entities in order to obtain illegal profit;

– accept gratification from manufacturers and distributors of medicinal products for prescription of purposed products, medical, diagnostic and hygienic medical devices, products of diet nutrition, except in certain defined by legislation;

– engage in other activities incompatible with professional honour and reputation;

– use elective, administrative or other official position for the meritless increase the number of patients of own medical practice or health establishment, which is headed by physician;

– create the background for getting illegal gratification and to fail to pay money in taxes.

The physician may engage in any other activities if it is compatible with professional independence, does not diminish his / her merits and does not make harm to patients and medical practice.

The physician should provide specialized medical care to patients irrespectively of their age, sex, race, nationality, religion, social status, political opinion, residence place, citizenship or other non-medical backgrounds, including financial situation.

The physician with his professionalism, moral and ethical beliefs, behaviour in all situations, attitude to human and fulfilment of professional obligations shall be worthy example for his / her colleagues and other members of medical society.

The physician is obliged by his / her behaviour and other available means (lectures, media, Internet, etc.) to promote healthy lifestyle and be an example in keeping with its rules and regulations.

The physician has the right to participate actively in the work of professional unions and associations, simultaneously obtaining their protection and support.

Medical unions and associations are obliged to conduce and provide each of members with assistance as to compliance the principles of professionalism, professional independence, morality, ethics and deontology.

The physician shall be honest with patients and colleagues, principal in own position as to professional lacks of other physicians, recognize own mistakes and prevent cheating and fraud.

The physician shall not be engaged in political and religion agitation and propaganda at the work time, prompt colleagues to actions and deeds that deemed inconsistent with the title of physician.

The physician has the right to participate in the form of protest involved by

the Ukrainian legislation, but not exempt from the obligation to provide the necessary medical care to patients who are under his supervision.

Reference

1. https://books.google.nl/books?id=d_aSDAAAQBAJ&pg=PA99&dq=
2. <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-ukraine>

Бабкіна Олена Петрівна

доктор медичних наук, професор

*Кафедра судової медицини та
медичного права Національний
медичний університет*

імені О.О. Богомольця

Шевченко Лілія Анатоліївна

лікар психіатр-нарколог клініки «Санте»,

кандидат медичних наук

ПРО ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ

В ст. 49 Конституції України зазначено, що одним з найважливіших завдань нашої держави є надання кваліфікованої медичної допомоги населенню: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». Неправильні дії медичного персоналу можуть бути підставою для притягнення лікаря або іншого медичного працівника до дисциплінарної або кримінальної відповідальності. Кримінальна відповідальність лікаря настає за злочини, передбачені в кримінальному кодексі України [1, 2]. Згідно зі ст. 11 КК України під злочиним «... визнається суспільно небезпечне діяння, вчинене суб'єктом злочину, що посягає на громадський або державний лад, ... особистість ... і інші права громадян ...». Відносно медичних працівників злочиним буде таке їх небезпечне діяння або бездіяльність, що призводять до шкоди здоров'я окремої особи або групи населення, а саме: ненадання допомоги хворому; незаконне проведення абортів; умисне або необережне ушкодження; умисне або необережне вбивство. Законодавство України, а також відомчі нормативні акти Міністерства охорони здоров'я зобов'язують медичних працівників надавати медичну допомогу особам, які постраждали від нещасних випадків або раптово захворіли в будь-який час і в будь-якому місці. Відповідальність за ненадання медичної допомоги хворому медичним працівником передбачена в ст. 139 КК України. Ненадання медичної допомоги хворому виражається в тому, що лікар або інший медичний працівник не виконує в конкретних умовах дій, які спрямовані на порятунок життя або полегшення страждань хворого. Це можуть бути

цього, медичні помилки завжди зумовлюють цивільно-правову відповідальність винних осіб, зокрема й лікуючого лікаря.

У той же час, Цивільний кодекс України гарантує всім право на медичну допомогу та прямо вказує на те, що фізична особа має право на надання їй медичної допомоги (ч. 1 ст. 284), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) [2]. Однак поняття неналежного лікування у цивільному законодавстві не закріплюється.

Науковці розглядають лікарську помилку як добросовісну помилку лікаря в професійній діяльності за відсутності недбалості, за недбалості або неухватності [3]. Також лікарською помилкою є помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, що є наслідком добросовісної помилки за відсутності складу злочину або ознак провини [4].

Згідно з іншою точкою зору лікарською помилкою є помилкове визначення хвороби лікарем (діагностична помилка) або неправильний лікарський захід (операція, призначення ліків й ін.), обумовлені сумлінною оманом лікаря [5].

Спирячись на практику, сьогодні неналежне лікування розуміють як неправильно визначений діагноз і вибір методів лікування, які у результаті заподіяли шкоду пацієнту. Звідси бачимо, що безуспішність лікування аж ніяк не є неналежним лікуванням. Навіть якщо медичний працівник поставив неправильний діагноз, але призначене ним лікування не погіршило стану, пацієнт не може висунути жодної претензії. Однак, у даному разі скоріш за все можлива моральна шкода, що була спричинена пацієнтові у зв'язку із неправильними діями/бездіяльністю лікаря.

Окрім цього, у пункті 4 постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» від 31.03.1995 року №4, зазначено, що у позовній заяві про відшкодування моральної (немайнової) шкоди має бути зазначено, в чому полягає ця шкода, якими неправомірними діями (бездіяльністю) її заподіяно та якими доказами вона підтверджується. Факт заподіяння моральної шкоди повинен довести позивач [6].

Як впливає із зазначеного, сьогодні застосування принципу презумпції моральної шкоди, на жаль, прямо не впливає з чинного законодавства. Загальне правило про розподіл тягаря доказування, встановлене ст. 60 Цивільного процесуального кодексу України, передбачає, що кожна сторона повинна довести ті обставини, на які вона посилається як на підставу своїх вимог та заперечень. Таким чином, потерпілий повинен довести факт спричинення йому моральної шкоди, щоб суд вирішив питання про відшкодування на його користь.

Підсумовуючи, варто зазначити, що неналежне лікування варто розглядати як дії або бездіяльність медичного працівника, які призвели до негативних для здоров'я чи життя пацієнта наслідків, а саме помилки, яких припускаються медичні працівники, що необгрунтовано відступають

7. Zacche MM, Caputo L, Filippis S, Zacche G, Dindelli M, Ferrari A. Efficacy of myo-inositol in the treatment of cutaneous disorders in young women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2009;25(8):508-13

8. Закон України від 04.04.96 № 123/96-ВР «Про лікарські засоби».

9. Закон України № 3611-VI від 07.07.2011

Тимофєєва Аліна Ігорівна

магістр, лаборант кафедри

судової медицини та медичного права

Національного медичного університету

імені О.О. Богомольця

Яценко Ольга Володимирівна

магістр правознавства, юрист,

молодший науковий співробітник

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ НАЛЕЖНИХ ТА ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Протягом всієї історії існування людства, його супроводжували хвороби й смерть. Життя й здоров'я людини споконвіків є найбільшою цінністю. Різні народи, різні історичні етапи розвитку людства, по різному називали лікарів. Саме поняття лікування перетерплювало змін.

Так і сьогодні людина, його життя й здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [1]. Ці слова закріплені на початку головного нормативно правового акту – Конституції України. Але всі ці найважливіші права людини й громадянина можуть бути порушені внаслідок лише однієї помилки.

В період реформування системи охорони здоров'я України та удосконалення правового регулювання медичної діяльності значної актуальності набуває дослідження особливостей цивільно-правової відповідальності суб'єктів правовідносин з надання платних медичних послуг.

Відшкодування шкоди завданої неналежним лікуванням було предметом спеціального дослідження у працях таких науковців як М.Ф. Герасименко, Вестерголл, Ю.Д. Сергєєв, С.Г. Стеценко, А.В. Тихомирова, К.Б. Ярошенко, Бобров, А. І. Загорулько та ін.

Так, розглядаючи тему надання якісних медичних послуг, варто перш за все відмітити, що медичні помилки – це недбалі, несумлінні, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги, результатом яких виявилось спричинення шкоди пацієнтові або його смерть. Окрім

дії як безпосередньо медичного характеру (зупинка кровотечі, штучне дихання і т.д.), так і в подальших діях (доставка в лікувальний заклад, виклик швидкої допомоги і т.д.). Поважними причинами ненадання медичної допомоги можуть бути такі: хвороба або крайня перевтома медичного працівника, неможливість в момент виклику залишити іншого важкохворого. Незаконне проведення абортів (ст. 134 КК України) полягає в діях, які зводяться до переривання вагітності у жінки іншою людиною, яка не має спеціальної медичної освіти. Закон передбачає штучне переривання вагітності. Проведення абортів дозволено тільки в лікувальних установах. Всі інші випадки проведення абортів вважаються незаконними і кримінальними. Кримінальна відповідальність не настає тільки в тих випадках, коли медичний працівник, який проводив аборт, діяв в умовах крайньої необхідності, тобто робив цю операцію за життєвими показаннями. До кримінальної відповідальності медичні працівники також можуть бути притягнені за наслідки, зумовлені порушенням професійних обов'язків. Ці наслідки можуть виражатися в смерті хворого, заподіянні шкоди хворому у вигляді ушкоджень різного ступеня тяжкості. Якщо наслідком протиправних дій лікаря при виконанні ним професійних обов'язків буде смерть хворого, лікар може бути притягнутий до відповідальності за ст. 115 (умисне вбивство), за ст. 119 (вбивство через необережність). Якщо ж наслідки неправомірних дій лікаря обмежуються різним ступенем шкоди здоров'я, лікар несе відповідальність за умисне або необережне заподіяння тяжких, середньої тяжкості або легких тілесних ушкоджень (ст. 121, 122, 125). Відповідальність за умисне або необережне вбивство, а також за заподіяння тілесних ушкоджень, може наступити в результаті незаконного застосування деяких нових методів діагностики і лікування. У медичній практиці дозволяється застосування тільки таких методів діагностики, лікування і профілактики, які дозволені Міністерством охорони здоров'я України. До даної групи злочинів відноситься також зараження пацієнтів ВІЛ-інфекцією. Небезпека при цьому полягає в тому, що інфікована людина може тривалий час не знати про це і при недотриманні правил обережності складати небезпеку для оточуючих (ст. 130 КК України). До кримінальних злочинів проти здоров'я населення відносяться: порушення правил боротьби з епідемією (ст. 325), виготовлення, зберігання та збут наркотичних і сильнодіючих речовин. При цьому варто зазначити, що лікар несе кримінальну відповідальність як у разі неналежного виконання встановлених санітарно-гігієнічних і протипічних правил, так і в разі їх невиконання, тобто, в результаті власної бездіяльності. Порушення правил виробництва, виготовлення, переробки, зберігання, обліку, відпуску, реалізації, продажу, розподілу, перевезення, пересилання, придбання, використання, ввезення або вивезення, знищення наркотичних речовин або психотропних засобів і т.д. кримінальне діяння за ст. 307-320.

Найбільш частим посадовим злочином є зловживання владою або своїм службовим становищем (ст. 364). Наприклад, при визначенні непрацездатності, інвалідності, придатності до військової служби і т.д. Перевищення влади і службових повноважень (ст. 365) стосовно діяльності медичних працівників виявляються в діях, що входять в компетенцію вищої посадової особи, дії, які можуть бути здійснені лише колегіально і т.д. Службове підроблення – це внесення службовою особою до офіційних документів завідомо неправдивих відомостей, інше підроблення документів, а також складання і видача завідомо неправдивих документів (ст. 366). Відносно медичних працівників такими документами можуть бути історії хвороби, медична книжка, амбулаторний журнал, різні медичні довідки і т.д.

Потрібно зазначити, що своєчасна діагностика, правильно обрана тактика і методи лікування, індивідуальний підхід до кожного хворого, використання нових технологій значно підвищити якість лікувально-профілактичної роботи та зменшить кількість судово-медичних експертиз, що проводяться у випадках лікарських справ.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України. – Вид-во: Право, 2015.- 304 с.
2. Мотлях О.І. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / О.І. Мотлях. – Вид-во: ЦУЛ, 2015. – 696 с.

Бабкіна Олена Петрівна

*доктор медичних наук, професор
Кафедра судової медицини та медичного
права Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

Варуха Катерина Володимирівна

*асистент кафедри судової медицини та
медичного права Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця*

ДО ПИТАННЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИ ДЕЯКИХ ПРОФЕСІЙНИХ ПРАВОПОРУШЕННЯХ

Основи правового статусу людини і громадянина – це загальний конституційно-правовий інститут, норми якого закріплюють вихідні засади, що визначають статус людини й громадянина в суспільстві й державі, принципи взаємовідносин. Правовий статус людини і громадянина визначається сукупністю прав, свобод і обов'язків, якими людина і громадянин наділяється як суб'єкт правовідносин, що виникають

2. Важливим чинником у виборі тактики лікуванні даного синдрому є врахування екстрагенітальних проявів.

3. Лікування такими препаратами, як кломіфен, клотримазол, вважається найменш ефективним, і має ряд побічних дій, які можуть негативно вплинути на ефект лікування та супутню патологію.

4. Вся тактика введення хворої на дану патологію (незалежно від вибору хірургічного чи фармакотерапевтичного лікування) має регламентуватися законом України.

Висновок: Найбільш ефективною і безпечною тактикою введення хворих з синдромом Штейна-Левенталя, є застосування таких препаратів: Міо-інозитол, спіроналактон, метформін, дексаметазон, піоглітазон, флутамід, прогестогени. У більш тяжких випадках рекомендовано застосування комбінації хірургічного і фармакотерапевтичного лікування у зв'язку з особливостями та ступенем тяжкості захворювання. Ефективність даного лікування підтвердженні сучасними дослідженнями [2, 3, 4, 5, 6, 7]. Кожна хвора з синдромом полікістозних яєчників має надати письмову інформовану згоду, на обробку персональних даних, підписати дозвіл на обстеження та лікування даним лікарем. При застосуванні хірургічного лікування (дрілінг яєчників, клиновидна резекція, оваріоектомія) хвора має підписати документ – «Інформована згода на оперативне втручання, проведення анестезії» [8, 9].

Список використаних джерел

1. Сучасні можливості негормонального лікування Синдрому полікістозних яєчників у жінок з ожирінням.” – Т.Ф. Татарчук , І.Ю. Ганжий, Н.Ю. Педаченко, І.М. Капшук журнал репродуктивна гінекологія ст 14.

2. Tang T, Lord JM, Norman RJ, Yasmin E, Balen AH (2009). «Insulin-sensitising drugs (metformin, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for women with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility». Cochrane Database Syst Rev (4): CD003053. DOI:10.1002/14651858.CD003053.pub3. PMID 19821299

3. Radosh L. Drug treatments for polycystic ovary syndrome. Am Fam Phys 2009;79:8:671-676.

4. Radosh L. Drug Treatments for Polycystic Ovary Syndrome. Am Fam Phys 2009;15:79:8:671-676.

5. Akashi M. Effects of insulin and myo-inositol on embryo growth and development during early organogenesis in streptozocin-induced diabetic rats. Diabetes. 1991;40(12):1574-1579

6. D'Anna R, Scilipoti A, Giordano D. Myo-Inositol supplementation and onset of gestational diabetes mellitus in pregnant women with a family history of type 2 diabetes: a prospective, randomized, placebo-controlled study. Diabetes Care. 2013;36(4):854-7.

Семенов А.В.

*студент Національного медичного
Університету імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – асистент

Ткаченко Олександр Петрович

*Кафедра клінічної фармакології та
клінічної фармації Національного
медичного університету імені О.О. Богомольця*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ШТЕЙНА- ЛЕВЕНТАЛЯ (СИНДРОМ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ): МЕДИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Актуальність теми: Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) впродовж багатьох років залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної гінекології. На СПКЯ припадає більш ніж половина всіх випадків ендокринного безпліддя (50-75%) і близько 20-22% причин безплідного шлюбу взагалі. СПКЯ виявляють у 5-16% жінок репродуктивного віку [1]. Також треба зауважити що не тільки не здатність завагітніти, а й деякі інші прояви даного захворювання, наприклад андрогена алопеція, вугревий висип, акантоз, акрохордони – можуть викликати серйозні психічні страждання, стреси які також можуть відіграти негативну роль на загальній стан здоров'я жінки. Потрібно зауважити, що медико-правові аспекти лікування даного захворювання є дуже важливою частиною вивчення цього захворювання, так як нерідко при лікуванні важких випадків синдрому Штейна-Левенталя, застосовується хірургічне лікування.

Мета дослідження: Обробка сучасної літератури, сучасних досліджень для виявлення найбільш безпечної та ефективною тактики ведення хворих з синдромом Штейна-Левенталя. Опрацювання медико-правових аспектів лікування даної патології, для забезпечення правового захисту одичних працівників, та хворих.

Матеріали і методи дослідження: Під час проведення наукової роботи була опрацьована сучасна література, сучасні дослідження про безпечність та ефективність лікування. Посилаючись на сучасні дослідження були виявлені найбільш ефективні та безпечні тактики ведення хворих, виявленні частота і наявність побічної дії більшості лікарських препаратів, які застосовуються для лікування синдрому полікістозних яєчників. Була опрацьована правова література, основним джерелом якої була конституція України.

Обговорення: При аналізі сучасної літератури було виявлено таке:

1. Для найкращого ведення хворих з синдромом полікістозних яєчників, необхідно врахування наявності супутніх патологій.

у процесі всіх видів правових норм. Неправильні дії фармацевтичних працівників можуть бути використанні для притягнення їх до дисциплінарної або кримінальної відповідальності [1, 2]. Кримінальна відповідальність фармацевтичних працівників настає за злочини, передбачені в кримінальному кодексі України:

«...**Стаття 307.** Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів... (караються позбавленням волі на строк від чотирьох до восьми років).

Стаття 308. Викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем... (караються позбавленням волі на строк від трьох до шести років).

Стаття 309. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту... (караються штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на той самий строк).

Стаття 311. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання прекурсорів ...з метою їх використання для виробництва або виготовлення наркотичних засобів чи психотропних речовин... (караються штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років).

Стаття 312. Викрадення, привласнення, вимагання прекурсорів або заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем ...з метою подальшого збуту, а також їх збут для виробництва або виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів... (караються штрафом до сімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на той самий строк).

Стаття 313. Викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, чи заволодіння ним шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем та інші незаконні дії з таким обладнанням..., а також незаконне виготовлення, придбання, зберігання, передача чи продаж іншим особам такого обладнання... (караються штрафом від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк від трьох до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років).

Стаття 318. Незаконне виготовлення, підроблення, використання чи збут підроблених документів на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів, ...призначених для вироблення або виготовлення цих засобів чи речовин... (караються штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років).

Стаття 320. Порухення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів: Порухення встановлених правил посіву або вирощування снотворного маку чи конопель, а також порухення правил виробництва, виготовлення, зберігання, обліку, відпуску, розподілу, торгівлі, перевезення, пересилання чи використання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, призначених для виробництва чи виготовлення цих засобів чи речовин... (караються штрафом до сімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до чотирьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років)...» [1, 2].

Таким чином, з метою запобігання притягнення фармацевтичних працівників до кримінальної відповідальності, необхідно ознайомлювати фармацевтів і провізорів з їх правами та обов'язками, а також існуючими нормами чинного законодавства.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України. – Вид-во: Право, 2015.- 304 с.
2. Мотлях О.І. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України /О.І. Мотлях. – Вид-во: ЦУЛ, 2015. – 696 с.

Бердник Ріната Дінісівна

Студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрїївна

Кафедра судової медицини та

медичного права Національного

медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МЕДИЧНА РЕФОРМА

Доповідь обґрунтована на зміні керівництва Міністерства охорони здоров'я в 2016 році, що спричинило багато побоювань з боку пацієнтів. Оскільки нові очільники МОЗ поступово, послідовно розпочали реформування системи охорони здоров'я країни, що призвело до

наслідковий зв'язок з наслідками у вигляді тяжких тілесних ушкоджень. Проте, як висловився суд: «...висновки судово-медичних експертів... є нічим іншим як припущеннями, заснованими на низці суб'єктивних досвідів судово-медичних експертів, а також на домінуючих уявленнях включених до складу експертів при проведенні комісійних експертиз позаштатних спеціалістів (фахівців), які ще й не мають статусу атестованих судово-медичних експертів... Таким чином, висновки експертів ... є не тільки неналежними, але й недопустимими через що в силу вимог ч. 2 ст. 86, ст. 94, ч. 10 ст. 101 Кримінального процесуального кодексу України не можуть вважатися доказами вини обвинуваченої...».

Таким чином, «Висновок експерта» значно впливає на юридичну оцінку діянь медичних працівників і винесення судом вироку. На сьогодні основними проблемами при розслідуванні злочинів, вчинених медичними працівниками при наданні медичної допомоги, є: відсутність спільного правничого та судово-медичного підходу до створення доказової бази при розслідуванні злочинів, передбачених ст. 139, 140 ККУ, у тому числі і проведення судово-медичних експертиз з недотриманням вимог чинного законодавства, а також відсутність правил проведення експертиз за справами про притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності за «професійні правопорушення», в яких би чітко був сформульований єдиний підхід та порядок дій судово-медичних експертних комісій.

Список використаних джерел

1. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс] / Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2014, – № 46. – ст. 2046 – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> – Назва з екрану.
2. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. №6 [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 1995. – № 6. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua> – Назва з екрану.
3. Правила проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи // Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України». – 17 січня 1995 р., № 6. – К.: МОЗ України, 1995. – С. 83-88.

кримінальних провадженнях за статтями 139 та 140 ККУ за даними Єдиного державного реєстру судових рішень України (ЄДРСРУ) з 2009р по грудень 2017р, а також дані з комісійних судово-медичних експертиз.

При статистичному аналізі даних, отриманих із ЄДРСР, було виявлено, що за період з 2012 по 2017 рр. у кримінальних провадженнях за ст. 139 ККУ було 2 судових рішення, причому винним було визнано тільки 1.

У кримінальних провадженнях за ст. 140 ККУ серед 59 судових рішень з 62 медичних працівників винним було визнано 49 (79%), 7 медичних працівників було виправдано, в 1-му випадку медичного працівника було звільнено від кримінальної відповідальності за вчинення злочину, передбаченого ст. 140, ч. 1 ККУ. Причому найбільша кількість судових рішень у відношенні медичних працівників (всі були обвинувальними) була у м. Києві 10,2% \pm 0,52 (6 випадків), що за попередньо проведеними дослідженнями співпадає з мінімальною кількістю змінених комісійних судово-медичних експертиз саме у м. Києві, а також у Черкаській області – 10,2% \pm 0,52 (6 випадків, з яких 6 обвинувальні). Найбільша кількість судових вироків припадала на 2014 рік – 17 судових вироків, що склало 28,8% \pm 3,28.

При аналізі «Висновку експерта» у випадках винесення судових вироків медичним працівникам було виявлено, що дефекти надання медичної допомоги були у 100% випадків (59), причинно-наслідковий зв'язок між дефектами медичної допомоги та тяжкими наслідками: прямий – у 71,2% (42 випадки), опосередкований – у 16,9% (10 випадків), у 3,4% (2 випадки) відсутній, в 1 випадку причинний зв'язок не був вказаний.

Варто зазначити, що при аналізі комісійних судово-медичних експертиз, які були у зазначених провадженнях, звертає на себе увагу, що у всіх випадках підсумки лаконічні, чіткі та обґрунтовані, наявна інформація про дефекти надання медичної допомоги, вказаний причинно-наслідковий зв'язок між несприятливим наслідком, нелетальні несприятливі наслідки оцінювалися за ступенем тяжкості (що є важливим для слідчо-судових органів при встановленні «тяжких наслідків» і кваліфікації злочину), у деяких експертних висновках наведені посилання на відповідну нормативно-правову базу, а також зазначена можливість запобігання настанню тяжких наслідків. Окремо наголосимо, що у багатьох експертних висновках дефекти було класифіковано за дією чи бездіяльністю (зокрема, у м. Київ).

Необхідно також наголосити на випадок, лікар в пред'явленому обвинуваченні у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 ККУ, був визнаний «невинуватим та виправданим» за відсутністю в діянні складу вказаного кримінального правопорушення, не зважаючи на наявність дефекту, так і на його прямий причинно-

загострення ситуації взагалі.

Навіщо медична реформа взагалі?

Україна витрачає на медицину 4% ВВП – що значно більше, ніж будь-яка країна з аналогічним рівнем доходів. Третина цих коштів фактично втрачається – через утримання непотрібних приміщень, неефективне використання, корупцію. Лікуватися ж українці змушені за власний кошт.

Тривалість життя українців, яка є визначальним показником рівня охорони здоров'я, одна з найнижчих в Європі.

Що система охорони здоров'я зобов'язується забезпечувати:

– наявність медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з урахуванням рівня економічного розвитку країни);

– доступність медичних послуг, у тому числі завдяки запобіганню дискримінації, створенню можливостей для фізичного та географічного доступу цих послуг, урахуванню потреб особливих груп (діти, літні люди), забезпечення доступу до інформації щодо існуючих методів лікування;

– прийнятність медичних послуг з етичної точки зору (згода, конфіденційність), з повагою до потреб окремих осіб, меншин та спільнот, вразливих верств населення;

– якість медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору.

Принципи дотримання зобов'язань державами на виконання п. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права:

– поступове здійснення;

– заборона регресу.

Питання стосовно медичної реформи:

Де тепер отримувати медичні послуги?

Щоб отримувати медичні послуги, українцям потрібно обрати лікаря. Це можна зробити незалежно від свого місця проживання, незалежно від того, де лікар працює – в поліклініці, приватній клініці чи має власну практику.

Як обрати лікаря?

Лікаря необхідно обирати на свій розсуд. Залежно від того, наскільки ви задоволені його послугами (якістю, знаннями, уважністю, ввічливістю тощо) та зручністю.

Як оформити договір з лікарем?

Пацієнт і лікар підписуватимуть декларацію про обслуговування – це буде швидкий і зручний для пацієнта процес. У документі вказуватимуть реквізити сторін: основні дані про пацієнта (ім'я, прізвище, дата народження, контактні дані, номер паспорту), про лікаря (ім'я, прізвище, інформація про освіту і кваліфікацію, контактні дані тощо), а також про заклад, де працює лікар, чи лікар з приватною практикою (код, інформація про ліцензію тощо).

А якщо я у відряджені чи відпустці, а лікар - далеко?

Ви можете отримати екстрену медичну допомогу за місцем вашого фактичного перебування.

Висновки: Медична реформа зобов'язує:

1. Надавати якісні послуги в державних лікарнях.
2. Держава платить за кожну медичну послугу.
3. Високу офіційну зарплату у лікарів.

Список використаних джерел

1. [Електронний ресурс]. – Режим доступу https://espreso.tv/article/2017/10/19/medychna_reforma_vidpovidi_na_vsi_pytannya_koly_chekaty_zmin
2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://helsinki.org.ua/prava-lyudyny-v-haluzi-ohorony-zdorov-ya-a-rohanskyj/>

Берзіна А.Б.

*старший викладач кафедри
судової медицини та медичного права
НМУ ім. О.О. Богомольця,
кандидат юридичних наук*

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ЗАХИСТ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Відповідно до ст. 3 Конституції України, права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави [1]. Конституційна гарантія забезпечення дотримання прав і свобод є основоположним поняттям, яке лягає в основу похідного – права на захист. У випадку, коли правам та законним інтересам осіб завдається шкода, законодавець гарантує кожному право на захист (виходячи зі змісту ст. 55 Конституції України).

Дослідження питання, яке є предметом розгляду у різний час проводилось такими науковцями як С.Б. Булеца, В.О. Галай, З.С. Гладун, Р.Ю. Гревцова, Р.М. Майданик, М.Н. Малєїна, В.М. Пашков, І.Я. Сенюта, С.Г. Стеценко та деякими іншими. Водночас, сучасні напрями реформування сфери охорони здоров'я зумовлюють актуальність досліджуваної теми.

Медичні працівники – це категорія суб'єктів медичних правовідносин, які є носіями юридичних прав та обов'язків. Їхні права гарантуються такими нормативними актами як Конституція України, Цивільним кодексом України, Кодексом України про адміністративні правопорушення, Кримінальним кодексом України, Законом України

гр. А., до розвитку клінічних проявів кровотечі дана травма могла протікати безсимптомно, тому гр. А. могла і не звертатися за медичною допомогою в цей проміжок часу.

Отже, наведений приклад підтверджує обов'язкове призначення судово-гістологічних експертиз не тільки при дослідженні трупів, а і живих осіб у разі необхідності встановлення часу, а інколи і механізму утворення ушкоджень органів, що були вилучені під час операції, зокрема, селезінки.

Список використаних джерел

1. Бабкіна О.П. Визначення давності виникнення ушкоджень селезінки у випадках сполученої травми гістологічним методом / О.П. Бабкіна, С.О. Долотін, О.І. Новіков // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, №4. – С. 3-4.
2. Исаев А.Ф. Оценка тяжести состояния у пострадавших сочетанными и изолированными повреждениями живота с разрывом селезенки /А.Ф. Исаев [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 9. – С. 31-35.
3. Карандашев А.А., Морозова Ю.С. Влияние объёма морфологических данных на возможность установления механизма образования повреждения селезенки // Совершенствование суд.-мед. экспертизы в условиях реформирования ВС РФ. – М., 2004. – С. 102-105.

Плетенецька Аліна Олександрівна

*асистент кафедри судової медицини
НМАПО імені П.Л. Шупика,
кандидат медичних наук*

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ СУДОВИХ РІШЕНЬ У ВІДНОШЕННІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВИКОНАННЯМ НИМИ СВОЇХ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ

Питання, на які судовий експерт надає відповідь, не мають виходити за межі його спеціальних знань – ч. 2 ст. 75 КПК України [1]. Проте, на сьогодні це не закріплено ні в «Інструкції про проведення судово-медичної експертизи», ні в «Правилах проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи» [2, 3, 4]. І все ж, згідно з ч. 2 ст. 84 КПК України процесуальними джерелами доказів у кримінальному провадженні є висновки експертів, тобто одним із найголовніших критеріїв ефективності роботи судово-медичної служби є високий рівень розкриття злочинів слідчо-судовими органами, здебільшого, у випадках злочинів проти життя та здоров'я людини, особливо пов'язаних із неналежним наданням медичної допомоги.

Саме тому метою дослідження було проаналізувати, чи впливають і як впливає «Висновки експерта» на винесення судового вироку у

вдарив її «коліном у лівий бік...»). З наданої на дослідження медичної карти амбулаторної хворої А. відомо, що вперше з приводу травми вона звернулася до поліклініки 05.10.2009, але їй був встановлений діагноз «забій грудної клітки». І тільки 09.10.2009 при огляді гр. А. хірургом, а також при проведенні УЗД були виявлені ознаки гематоми в ділянці селезінки та надане направлення до стаціонару. З медичної карти стаціонарної хворої А. відомо, що 09.10.09 машиною ШМД громадянка А. була доставлена до стаціонару з діагнозом: «Забій передньої черевної стінки. Субкапсулярна гематома селезінки. Закрита травма живота. Двомоментний розрив селезінки. Гемоперитонеум І ст.». 9.10.09 гр. А. була проведена троакарна операція черевної порожнини: широка серединна лапаротомія, спленектомія, ревізія, санація, дренування черевної порожнини. Оскільки видалення селезінки є безпосереднім наслідком травми селезінки у гр. А. (при двомоментному розриві селезінки загальноприйнятою методикою хірургічного втручання є спленектомія), операція гр. А. була абсолютно показана незалежно від терміну звернення до медичного закладу.

У заключній частині було вказано, що закрита тупа травма живота з субкапсулярним розривом селезінки у гр. А. утворилася від дії тупого твердого предмета (предметів), можливо, в термін та при обставинах, вказаних в постанові та самою потерпілою. Данні ушкодження потрібно відносити до тяжких тілесних ушкоджень за критерієм небезпеки для життя (відповідно до п. п. 2.1.1.г, 2.1.6. «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень», затверджених наказом МОЗ України від 17.01.1995р.№ 6). 28.10.2009 призначається судово-медична експертиза на ім'я гр. А.

Підсумки експерта підтверджують вищевказані ушкодження та їх ступень тяжкості. Однак, слідство, мотивуючи відсутністю свідків, які б чітко бачили, що гр. В. вдарив гр. А. у живіт, та повною відмовою обвинувачуваного визнавати факт заподіяння будь-яких тілесних ушкоджень гр. А., призначає додаткову судово-медичну експертизу. В постанові є ряд питань, зокрема, щодо механізму травми та терміну її утворення. У слідства виникають сумніви щодо тривалого проміжку часу між травмою гр. А. 01.10.2009 та операцією 09.10.09. При цьому, була призначена судово-гістологічна експертиза препарату селезінки, що була видалена у гр. А. при операції. З підсумків експерта-гістолога відомо, що підкапсулярна гематома селезінки має виражені ознаки організації з елементами формування капсули на межі з пульпою та масивну інфільтрацією цієї зони гемосидерофагами, що відповідає терміну утворення ушкодження не як не менше 7-8 днів. Таким чином, саме завдяки проведенню судово-гістологічної експертизи було встановлено, що травма у гр. А. може відповідати строку, що був вказаний у постанові та самою потерпілою (01.10.2009 г), адже виходячи з характеру травми у

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» та іншими законними і підзаконними нормативно-правовими актами.

У випадку порушення прав, свобод чи законних інтересів медичних працівників, законодавець встановлює механізми їх захисту. Зокрема, це є досудовий та судовий захист.

Якщо характеризувати досудовий рівень захисту порушених прав, свобод чи законних інтересів, то як зазначає С.Г. Стеценко, його перевага полягає у:

- не вимагає наявності особливих умов, спеціальних знань та інших другорядних обставин;
- сприяє швидкому досягненню результату;
- немає необхідності складання позовної заяви з викладом обставин конфлікту та своїх вимог;
- немає необхідності самостійно або через представника відстоювати свої інтереси в суді [3].

Основними способами досудового захисту прав, свобод та законних інтересів є:

- звернення до керівника лікувальної установи (усне та письмове);
- звернення до органу управління охорони здоров'я;
- звернення до незалежних громадських організацій і професійних асоціацій;
- звернення до ліцензійно-акредитаційної комісії;
- скарга в органи прокуратури.

Варто зауважити, що в такому разі медичні представники реалізують своє право на звернення, гарантоване їм Конституцією України та Законом України «Про звернення громадян» [1]. Так, в ст. 1 зазначеного Закону визначено, що: «Громадяни України мають право звернутися до органів державної влади, місцевого самоврядування, об'єднань громадян, підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності, засобів масової інформації, посадових осіб відповідно до їх функціональних обов'язків із зауваженнями, скаргами та пропозиціями, що стосуються їх статутної діяльності, заявою або клопотанням щодо реалізації своїх соціально-економічних, політичних та особистих прав і законних інтересів та скаргою про їх порушення» [1].

Водночас, якщо медичний працівник не може захистити порушене право шляхом досудового вирішення, то він вправі звернутись до суду. Відповідно до ч. 1 ст. 55 Конституції України, кожному гарантується право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб [1]. Окрім того, кожен має право після використання всіх національних засобів юридичного захисту звертатися за захистом своїх прав і свобод до відповідних міжнародних судових установ чи до відповідних органів міжнародних організацій, членом або учасником яких є Україна [3].

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – №30. – Ст. 141.
2. Про звернення громадян: Закон України від 2 жовтня 1996 р. № 393/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 47. – Ст. 256.
3. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

Біляков Андрій Миколайович

*доцент кафедри судової медицини
та медичного права
НМУ імені О.О. Богомольця,
доктор медичних наук, доцент*

ЧЕРГОВІ ПЕРЕПОНИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ, ЯК НАСЛІДОК НОВОЇ СУДОВОЇ РЕФОРМИ УКРАЇНИ

Не сходять зі шпальт преси тема нової законодавчої ініціативи нашої держави, яка після тривалих роздумів все ж таки була підтримана Гарантом. Дані нововведення втілені в Закон України «Про внесення змін до Господарського процесуального кодексу України, Цивільного процесуального кодексу України, Кодексу адміністративного судочинства України та інших законодавчих актів»[1]. І якщо для співробітників суду та прокуратури даний Закон можна вважати омріяним подарунком до нового року, то для численних правозахисників цей документ вкотре загострив питання щодо необхідності зміни їх фаху.

Не оминули дані зміни і можливість захисту прав пацієнта в випадках надання медичної допомоги. Так, відповідно до ст. ст. 140 Кримінального Кодексу України, невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого тягне за собою кримінальну відповідальність. Невиконання професійних обов'язків означає, що медичний працівник не вчиняє ті дії, які він в силу виконуваної роботи зобов'язаний був вчинити [2]. Згідно з попереднім законодавством, пацієнт, який вважав, що його здоров'ю було завдано значної шкоди внаслідок надання медичної допомоги, міг звернутися до слідчого управління поліції з заявою щодо вчинення злочину. Поліцейський, розглянувши заяву та відкривши кримінальне провадження за ст. 140 КК України, призначав судово-медичну експертизу, яка мала встановити об'єктивні судово-медичні дані,

судово-медичний вісник. – 2008. – № 1. – С. 23-27.

2. Плетенецька А.О. Судово-цитологічні ознаки ушкоджень тіла людини при пострілах із пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 Classic // Буковинський медичний вісник. – 2013. – том 17, № 3 (67), ч. 1. – С. 127-129.

3. Плетенецька А.О. Рентгенофлуоресцентний спектральний аналіз пошкоджень імітаторів одягу при пострілах з пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 Classic з різних відстаней різними видами куль // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Том 3, № 3. – С. 100-105.

4. Филипчук О.В. Об использовании средств вычислительной техники в экспертной практике / О.В. Филипчук, Ю.П. Шупик, А.А. Николаенко // 1 съезд судебных медиков УССР: Тезиси докладов. – Киев, 1987. – С. 36-37.

Пісчанський Євген В'ячеславович

*лікар-інтерн
НМАПО імені П.Л. Шупика
Науковий керівник — асистент,
кандидат медичних наук
Плетенецька Аліна Олександрівна
Кафедра судової медицини
НМАПО імені П.Л. Шупика*

СУДОВО-МЕДИЧНА ТА КЛІНІЧНА ОЦІНКА ДВОМОМЕНТОГО РОЗРИВУ СЕЛЕЗІНКИ

Визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень – одне з найголовніших питань, що постають перед судово-медичним експертом. При цьому, серед усіх видів закритих ушкоджень, закрити тупа травма живота займає одне з провідних місць. Серед усіх ушкоджень близько 30% припадає на травми селезінки, 5% з яких можуть бути відстроченими (двомоментними). Такі вторинні, або пізні розриви селезінки, можливі через декілька днів або місяців після травми. Якщо ж розрив паренхіми селезінки відбувається субкапсулярно, то наростання гематоми розриває капсулу і викликає масивну кровотечу в черевну порожнину [1, 2, 3].

Найважливішими питаннями, що виникають в судово-медичній експертизі потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб, поряд зі встановленням ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, є встановлення їх терміну та механізму утворення. При цьому, вирішення подібних питань в деяких випадках викликає певні труднощі, тому нами пропонується для розгляду власну судово-медичну оцінку двомоментного розриву селезінки як випадок із власної практики.

Громадянка А. 01.10.2009 р. отримала ушкодження (громадянин В.

поверхніми інших куль. Було доведено, що на всіх видах куль, що були використані в експерименті, знайдені сліди ковзання від нарізів каналу ствола гвинтівки CROSMAN 2100 Classic, що є критерієм для встановлення конкретного виду зброї.

Статистичне порівняння інтегральних показників спектрального складу хімічних елементів у зразках імітаторів одягу дозволило встановити, що при пострілах свинцевими кулями кількість свинцю по центру пошкодження максимальна на відстанях 0,01-0,03м, а при пострілах кульками BBs кількість міді по центру пошкодження максимальна на відстані 0,01 м. Тобто вміст й інтенсивність флуоресцентного випромінювання є важливою ознакою дистанції пострілу і може бути використано для діагностики відстані ураження.

Вищенаведені дослідження проводилися нами із застосуванням куль типу «Diabolo» (Skarabey DS, Crosman Premier Super Point) та кульок BBs, оскільки частіш за все ушкодження спричиняються саме ними. Як приклад застосування пневматичної зброї, наводимо цікаві випадки з практики.

Громадянка К. отримала пневмострільне ушкодження обличчя. При цьому, куля пройшла по дотичній у ділянці кінчика та лівого крила носа та застрягла у верхній губі, утворивши ушкодження слизової оболонки верхньої губи ліворуч. Наступним прикладом застосування кулі типу «Diabolo» є два випадки поранення гомілок, коли кулі знаходилися у м'язовому масиві дуже близько до кісток гомілок. З опису рентгенограми в обох випадках відомо: чужорідне тіло лівої гомілки металевої щільності (куля з пневматичної рушниці).

При цьому, у всіх випадках потерпілі отримали легкі тілесні ушкодження, що спричинили короткочасний розлад здоров'я. Але за даними літературних джерел зустрічаються випадки, коли пневмострільні поранення є доволі серйозними та глибокими. Так прикладом ушкодження, що заподіяне з пневматичної зброї, є випадок: 25-річний чоловік відчув раптовий біль у грудях. Два дні потому він звернувся до відділення невідкладної допомоги з триваючим болем в грудях і дворазовим кровохарканням. Дослідження показали ушкодження грудей в 4-му міжреберному проміжку ліворуч, діаметром 5 мм. Після консультації з торакальним хірургом та проведення КТ виявили кулю, яка знаходилася між аортою і легеневою артерією.

Для встановлення типу, виду, конкретного екземпляру кулі порід з іншими медико-криміналістичними методами досліджень доцільно виявляти наявність слідів нарізів каналу ствола зброї, а також судово-цитологічні показники наявності біологічних тканин на кулях, якими спричинені ушкодження [4].

Список використаних джерел

1. Козаченко І.М. Судово-медична діагностика ушкоджень із пневматичної зброї на сучасному етапі / І.М. Козаченко // Український

які підтверджують чи спростовують судження щодо «лікарської помилки».

Натомість зараз, мають діяти нові норми та правила розгляду даних справ, а саме, згідно з новими змінами до ст. 242 Кримінального процесуального Кодексу України, експертиза проводиться за дорученням слідчого судді чи суду, наданим за клопотанням сторони кримінального провадження. Тобто, після відкриття кримінального провадження, особа або слідчий мають звернутися до слідчого судді місцевого суду в межах територіальної юрисдикції якого здійснюється досудове розслідування, з відповідним клопотанням. Причому, слідчий суддя за власною ініціативою може заслухати будь-якого свідка чи дослідити будь-які матеріали, що мають значення для вирішення клопотання. В даному випадку як свідок може виступити навіть лікар, проти якого висувують звинувачення, а як матеріали може стати медична документація, яка за даним механізмом буде вилучена не негайно, як в випадку зі слідчим, а має бути надана суду, тобто на її «корекцію» буде достатньо часу.

Крім того, слідчий суддя самостійно визначає експерта, якого необхідно залучити чи експертну установу, якій необхідно доручити проведення експертизи.

Отже, вирішення питання щодо можливості призначення та проведення судово-медичної експертизи, стало компетенцією виключно суду.

Можливо законотворець, озираючись на міжнародний досвід та прописуючи даний механізм, мав на меті благі наміри. Однак він не врахував українських реалій, де на місцевому рівні за ієрархією влади суддя займає лідируючу позицію. Практика останнього часу показала, що численні намагання слідства довести провину багатьох осіб у вчиненні економічних злочинів в Україні зводиться нанівець рішенням суддів, які дозволяють їм уникати покарання. Не виключенням стане і даний сегмент, коли найчастіше єдиний місцевий слідчий суддя одноосібно буде вирішувати долі постраждалих пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про внесення змін до Господарського процесуального кодексу України, Цивільного процесуального кодексу України, Кодексу адміністративного судочинства України та інших законодавчих актів» / Голос України, №221-222 (6726-6727), 28.11.2017. – С. 3-78.

2. Кримінальний кодекс України: станом на 11.02.2013 р.: відповідає офіц. тексту / упоряд. В.І. Тютюгін. – Х. : Право, 2013. – 232 с.

Бутьботко Наталія Вікторівна

Студентка НМУ імені О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

кафедри судової медицини та медичного права

НМУ імені О.О. Богомольця

Кубаля Сергій Мирославович,

завідуючий відділенням експертизи трупів

моргу №2, Київського міського клінічного

бюро судово-медичної експертизи

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНЕРИЧНИХ ЗАХВОРИВАНЬ

Значний ріст захворюваності на венеричні хвороби, що має місце в державі, становить істотну загрозу для здоров'я майбутніх поколінь та генофонду народу України. Успішна боротьба з венеричними хворобами можлива лише за умови скоординованих спільних дій правоохоронних органів, закладів охорони здоров'я тощо.

1) *Функції медичних працівників з профілактики венеричних захворювань.* Лікар лікувально-профілактичного закладу після встановлення діагнозу венеричної хвороби, яка підтверджена клінічними та лабораторними дослідженнями, зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, прогноз можливого розвитку інфекційного (заразного) захворювання, можливі шляхи передачі (при статевих контактах, порушенні гігієнічних правил в побуті, переливанні крові тощо). Повинні бути вказані місце і порядок лікування, а також правила поведінки в лікувальному закладі, на роботі та в побуті, на період проведення лікування і на час контрольного спостереження. Крім того, хворі сифілісом попереджаються, що їм заборонена здача крові для переливання іншим особам як під час лікування, так і після зняття з обліку.

2) *Порядок притягнення до кримінальної відповідальності згідно з Кримінальним кодексом України.* Кримінальній відповідальності підлягають особи, які заразили іншу особу венеричною хворобою, знаючи про наявність у них цієї хвороби, раніше судилися за зараження іншої особи венеричною хворобою та за ухилення від лікування венеричної хвороби, яке продовжується після попередження, зробленого органами охорони здоров'я. Ухилення від лікування венеричної хвороби – це вчинення дій, які перешкоджають здійсненню лікування такої хвороби. Зокрема, це відмова від проходження призначеного курсу лікування, порушення режиму такого лікування, ухилення від контрольного обстеження.

3) *Порядок притягнення до адміністративної відповідальності за Адміністративним кодексом України.* Адміністративна відповідальність

Пилипчук Лілія Леонтіївна

Лікар-інтерн

Національної медичної академії

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Науковий керівник – асистент,

кандидат медичних наук

Плетенецька Аліна Олександрівна

Кафедра судової медицини

Національної медичної академії

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ПНЕВМОСТРІЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ З ПРИКЛАДАМИ ВИПАДКІВ З ПРАКТИКИ

Враховуючи події останнього часу в Україні, питання про пневмострільні ушкодження стали зустрічатися в експертній практиці частіше. Однією з причин значного поширення пневматичної зброї за останні роки в Україні стала можливість вільного придбання, зберігання та використання цієї зброї без спеціального дозволу за умов, що калібр її не більше 4,5 мм, а початкова швидкість польоту кулі не перевищує 100 м/с.

За класифікацією І.М. Козаченка, сучасна пневматична зброя за принципом дії поділяється на такі види: пружинно-компресійна; газо-компресійна; газобалонна; патронна [1].

Особливості пневмострільних ушкоджень були вивчені у дослідженнях 2009-2012 роках [2, 3]. При їх проведенні були встановлені основні ознаки пневмострільних ушкоджень. Зокрема, було встановлено, що форма й розміри вхідних ушкоджень на тілі біоманекенів та небіологічних імітаторах біологічних тканин незначно відрізняються від форми й діаметра кульки, що надає можливість визначити калібр снаряда. Ознаками пострілу впритул з пневматичної зброї є відображення дульного зрізу (штанц-марка) і підшкірна емфізема навколо вхідного ушкодження.

При пострілах кулями типу Skarabey DS, Crosman Premier Super Point, кулями BBs визначався дефект тканини на різних мішенях, а рановий канал досягав майже 7,5 см, що свідчило про доволі велику кінетичну енергію кулі. При цьому, при пострілах BBs визначався феномен «флаттеру». Було встановлено, що Cu й Pb виявляються у вигляді інтенсивних дифузних відкладень відповідно пасочкам металізації при пострілах з усіх відстаней; крім того, навколо ділянки пошкодження на відстанях від 1 см до 1 м є аналогічні відкладення частинок свинцю та міді на відстанях від 1 см до 25 см від пилоподібних до крупнокраплинних. Максимальна кількість крапкових відкладень спостерігалось при пострілах з відстані 25 см усіма видами використаних куль. Цитологічне дослідження мікронакладень на кулях показало, що препарати значно густіші на поверхні куль Skarabey, яка є більш нерівною у порівнянні з

Transitions of patients between health care practitioners may decrease the quality of care in the time it takes to reestablish proper doctor–patient relationships. Generally, the doctor–patient relationship is facilitated by continuity of care in regard to attending personnel.

The process of turn-taking between health care professionals and the patients has a profound impact on the relationship between them. In most scenarios, a doctor will walk into the room in which the patient is being held and will ask a variety of questions involving the patient’s history, examination, and diagnosis. These are often the foundation of the relationship between the doctor and the patient as this interaction tends to be the first they have together. This can go a long way into impacting the future of the relationship throughout the patient’s care. All speech acts between individuals seek to accomplish the same goal, sharing and exchanging information and meeting each participants conversational goals.

An example of where other people present in a doctor–patient encounter may influence their communication is one or more parents present at a minor’s visit to a doctor. These may provide psychological support for the patient, but in some cases it may compromise the doctor–patient confidentiality and inhibit the patient from disclosing uncomfortable or intimate subjects. When visiting a health provider about sexual issues, having both partners of a couple present is often necessary, and is typically a good thing, but may also prevent the disclosure of certain subjects, and, according to one report, increases the stress level. Having family around when dealing with difficult medical circumstances or treatments can also lead to complications. Family members, in addition to the patient needing treatment may disagree on the treatment needing to be done. This can lead to tension and discomfort for the patient and the doctor, putting further strain on the relationship.

A good bedside manner is typically one that reassures and comforts the patient while remaining honest about a diagnosis. Vocal tones, body language, openness, presence, honesty, and concealment of attitude may all affect bedside manner. Poor bedside manner leaves the patient feeling unsatisfied, worried, frightened, or alone. Bedside manner becomes difficult when a healthcare professional must explain an unfavorable diagnosis to the patient, while keeping the patient from being alarmed. An example of how body language affects patient perception of care is that the time spent with the patient in the emergency department is perceived as longer if the doctor sits down during the encounter.

Reference

1. https://en.wikipedia.org/wiki/Physicians_in_the_United_States
2. US National Library of Medicine National Institutes of Health- Article Bedside Manner

настає за ухилення від обстеження осіб, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу, або від лікування осіб, які були у контакті з хворими на венеричну хворобу і потребують профілактичного лікування, яке продовжується після попередження, зробленого їм органами охорони здоров’я. За умисне приховування хворими на венеричну хворобу джерела зараження та осіб, які були у контакті з цими хворими, передбачена адміністративна відповідальність за статтями Кодексу України про адміністративні правопорушення.

Основи законодавства України про охорону здоров’я (Постанова Верховної Ради України №2801-ХІІ, 19 листопада 1992р.) ст. 40 *лікарська таємниця*: 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 та сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в т. ч. у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Інфекційні хвороби – це розлади здоров’я людей, що виникають внаслідок зараження живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Закон України про захист населення від інфекційних хвороб (відомості Верховної Ради, 2000, №29, ст. 228). Цей Закон визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов’язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері населення від інфекційних хвороб.

Список використаних джерел

1. Соціальна робота з дітьми та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи // За заг. редакцією Пінчук І.М., Толстоухової С.В. – К.: УДЦССМ, 2000р. – Випуск 1. – 276 с.
2. Соціальна політика та соціальна робота: Звіт про першу науково-практичну конференцію «Соціальна політика в Україні: вчора, сьогодні, завтра». – К., січень 1996 року.
3. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 134 с.
4. Соціальна робота з молоддю в Україні (Збірник інформаційно-методичних матеріалів). – К.: Столиця, 2003.

5. Довідкові матеріали про становище молоді та хід реалізації державної молодіжної політики в Україні. – К.: УкрНДІ, 2002. – 98 с.

Бучко Ярослав Ігорович

*Студент Інституту управління,
технологій та права Державного
університету інфраструктури і технологій*

Науковий керівник – доцент,

кандидат юридичних наук

Мусієнко Анатолій Володимирович

*завідувач кафедри кримінального права юридичного
факультету Державного університету інфраструктури
та технологій, Інституту управління, технологій та права*

**ДЕЯКІ АКТУАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ
ДИТЯЧОЇ ПРОСТИТУЦІЇ В УКРАЇНІ**

Станом на сьогодні проституцію, і в першу чергу дитячу, необхідно розглядати перш за все як найгострішу соціальну проблему, як один з видів соціальної патології, що грубо порушує основні права людини.

Дитяча проституція, як і проституція дорослих, має довгу історію. Так, згідно з матеріалами Першого з'їзду по боротьбі з торгівлею жінками у 1910 році, проституція серед неповнолітніх значно перевищувала за кількісними показниками дані із Західної Європи. Вказувались навіть випадки проституції дітей віком від 7 років. Дівчата віком до 10 років склали близько 10% від загальної кількості нелегальних проституюток Російської імперії. Із роками попит на неповнолітніх проституюток тільки зростав [1, с. 77].

В останні роки дитяча проституція та торгівля дітьми в Україні набула величезних масштабів, стала важко переборною проблемою, яка стрімко розповсюджується і має стійку тенденцію до зростання. Безумовно, цьому сприяє багато причин та умов, головними з яких є політична нестабільність і, відповідно, економічний занепад, що призвів до стрімкого падіння рівня життя, знецінення культурних, морально-етичних основ суспільства.

За даними розташованої у Бангкоці асоціації під назвою «Покласти кінець дитячій проституції в азіатському туризмі» (англійська аббревіатура ЕСПАТ) світовий об'єм доходів від дитячої проституції сягає п'яти мільярдів доларів. За приблизними оцінками ЮНІСЕФ, у проституцію кожного року втягуються не менше одного мільйону дітей [2, с. 34-35].

В соціологічних дослідженнях стосовно аналізу секс-бізнесу, які були проведені в Україні, неодноразово згадувалось, що все більше дівчат молодшого віку, починаючи з 10 років, залучаються до надання секс-

month session of hospital attendance;

In 1852, the standards were revised to add more requirements:

– medical schools had to provide a 16-week course of instruction that included anatomy, medicine, surgery, midwifery, and chemistry;

– graduates had to be at least 21 years of age;

– students had to complete a minimum of 3 years of study, 2 years of which were under an acceptable practitioner.

The doctor-patient relationship is central to the practice of healthcare and is essential for the delivery of high-quality health care in the diagnosis and treatment of disease. The doctor-patient relationship forms one of the foundations of contemporary medical ethics. Most universities teach students from the beginning, even before they set foot in hospitals, to maintain a professional rapport with patients, uphold patients' dignity, and respect their privacy. A physician performs a standard physical examination on his patient. A patient must have confidence in the competence of their physician and must feel that they can confide in him or her. For most physicians, the establishment of good rapport with a patient is important. Some medical specialties, such as psychiatry and family medicine, emphasize the physician-patient relationship more than others, such as pathology or radiology. The following aspects of the doctor-patient relationship are the subject of commentary and discussion. The default medical practice for showing respect to patients is for the doctor to be truthful in informing the patient of their health and to be direct in asking for the patient's consent before giving treatment. Shared decision making is the idea that as a patient gives informed consent to treatment, that person also is given an opportunity to choose among the treatment options according to their own treatment goals and wishes. A practice which is an alternative to this is for the doctor to make a person's health decisions without considering that person's treatment goals or having that person's input into the decision-making process. The physician may be viewed as superior to the patient simply because physicians tend to use big words and concepts to put him or herself in a position above the patient. The physician-patient relationship is also complicated by the patient's suffering (*patient* derives from the Latin *patior*, «suffer») and limited ability to relieve it on his or her own, potentially resulting in a state of desperation and dependency on the physician. A physician should be aware of these disparities in order to establish a good rapport and optimize communication with the patient.

A dilemma may arise in situations where determining the most efficient treatment, or encountering avoidance of treatment, creates a disagreement between the physician and the patient, for any number of reasons. In such cases, the physician needs strategies for presenting unfavorable treatment options or unwelcome information in a way that minimizes strain on the doctor-patient relationship while benefiting the patient's overall physical health and best interests.

while the American Medical Association uses the term *physician* to describe members of all specialties. They can also be known as primary care physicians. A primary care physician is a physician who provides both the first contact for a person with an undiagnosed health concern as well as continuing care of varied medical conditions, not limited by cause, organ system, or diagnosis. Since recently, the term is primarily used in the United States. In the past in the US and still in the United Kingdom (and in many other English-speaking countries), the equivalent term was/is general practitioner.

A set of skills and scope of practice may define a primary care physician, generally including basic diagnosis and treatment of common illnesses and medical conditions.^[1] Diagnostic techniques include interviewing the patient to collect information on the present symptoms, prior medical history and other health details, followed by a physical examination. Many PCPs are trained in basic medical testing, such as interpreting results of blood or other patient samples, electrocardiograms, or x-rays. More complex and time-intensive diagnostic procedures are usually obtained by referral to specialists, with special training with a technology or increased experience and patient volume that make a risky procedure safer for the patient [2]. After collecting data, the PCP arrives at a differential diagnosis and, with the participation of the patient, formulates a plan including (if appropriate) components of further testing, specialist referral, medication, therapy, diet or life-style changes, patient education, and follow up results of treatment.

Primary care physicians also counsel and educate patients on safe health behaviors, self-care skills and treatment options, and provide screening tests and immunizations.

A primary care physician is usually the first medical practitioner contacted by a patient because of factors such as ease of communication, accessible location, familiarity, and increasingly issues of cost and managed care requirements. Continuous care is particularly important for patients with medical conditions that encompass multiple organ systems and require prolonged treatment and monitoring, such as diabetes and hypertension. On May 5, 1847, nearly 200 delegates representing 40 medical societies and 28 colleges from 22 states and the District of Columbia met. They resolved themselves into the first session of the American Medical Association (AMA). Nathaniel Chapman (1780-1853) was elected as the first president of the association. The AMA has become an organization that has a great deal of influence over issues related to health care in the United States.

The AMA set educational standards for MDs, including the following:

- a liberal education in the arts and sciences;
- a certificate of completion in an apprenticeship before entering the medical college;
- an MD degree that covered 3 years of study, including two 6-month lecture sessions, 3 months devoted to dissection, and a minimum of one 6-

послуг. У містах Херсоні та Ужгороді найнижча вікова межа для осіб, залучених у заняття проституцією, становить лише 12-14 років. Майже третина тих, хто працює у секс-бізнесі, залучалися до нього до свого повноліття [3, с. 58].

Діти, які стали її жертвами, зазнають фізичних, психосоціальних та емоційних страждань, наслідки яких відчуються протягом усього життя і навіть загрожують йому. Вони піддаються ризикові ранньої вагітності, смерті під час пологів і зараження хворобами, які передаються статевим шляхом [4, с. 52].

Ці вражаючі дані змушують нас замислитись над глобальністю цієї проблеми, її міжнародним, транснаціональним характером і потребі на різних рівнях, в тому числі і законодавчому, шукати шляхи її вирішення.

Проте, не дивлячись на заклики міжнародного співтовариства, дитячий секс давно перетворився у дохідний бізнес. Незважаючи на зростаюче усвідомлення суспільством небезпеки цієї «нової індустрії», сексуальна експлуатація дітей набуває все ширших масштабів.

Для пошуку шляхів вирішення даної проблеми, на нашу думку, спочатку варто окреслити деякі актуальні чинники, які призводять до сексуальної експлуатації дітей. До них ми б віднесли такі:

- недоліки виховання, переважна більшість дівчат-підлітків, які займалися проституцією, проживали у неблагополучних сім'ях;
- скрутне матеріальне становище та складні життєві обставини;
- примус до заняття проституцією з боку батьків, осіб, які їх замінюють або педагогів, на яких покладено обов'язки з їх виховання [6, с. 167];
- психосексуальна травма в дитинстві, отримана в сім'ї, після чого у дітей часто виникає хворобливий інтерес до статевих відносин;
- негативна роль засобів масової інформації що проявляється у пропаганді розкутості, сексуальності, можливості заробляння «легких грошей».

Ми привели перелік, на нашу думку, деяких актуальних чинників, які сприяють стрімкому росту дитячої проституції в Україні. Його, на жаль, можна значно розширити. До цієї роботи необхідно залучати як науковців в різних галузях суспільних наук, так і практиків. Адже поглиблене, різнопланове, всебічне вивчення причин розглядуваного вкрай негативного соціального явища є запорукою подальшої успішної роботи з його викорінення, або, принаймні, зниження темпів росту.

Список використаних джерел

1. Фещенко Р. Пойдемте в номера / Р. Фещенко// Корреспондент. – 2006. – № 41. – С. 76-80.
2. Гринберг С. Самый гнусный бизнес / С. Гринберг // Новый хозяин. – 1999. – № 1. – С. 34-35.

3. Балакірева О. Діяльність громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІДу серед жінок секс-бізнесу.

4. Іващенко В.О. Торгівля жінками та дітьми: кримінологічні та кримінально-правові аспекти боротьби : монографія / В.О. Іващенко. – К.: Атіка, 2004. – 112 с.

5. Архів Шевченківського районного суду м. Чернівці, спр. № 1-253/08 за 2008 рік.

6. Шиделко А. Соціологічні аспекти розвитку секс-бізнесу в Україні та за кордоном / А. Шиделко // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2007. – № 3. – С. 164-175.

Варуха Катерина Володимирівна

Асистент кафедри судової медицини

та медичного права Національного

медичного університету імені О.О. Богомольця

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ПРИ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування людини визнається Конституцією України головним правом людини [1].

З появою медичного страхування збільшилась кількість звернень громадян до суду задля матеріального відшкодування моральних збитків під час неправильно проведеного лікування. В основному, пацієнти незадоволені обсягом та якістю надання професійних послуг лікарями різного фаху. Але ця незадоволеність є достатньою підставою для відкриття кримінального провадження проти лікаря і призначення судово-медичної експертизи.

Якісно проведена експертиза здатна встановити, чи дійсно відбувалось порушення прав пацієнта, і в чому саме, допомогти усунути або виявити недоліки, які могли обмежувати чи порушувати права пацієнта.

В сьогоднішній найбільшій «попит» виникає у пацієнтів з приводу якості медичної допомоги. Окрім звичайних питань експертизи, працівників правоохоронних органів ще цікавить зв'язок стану здоров'я особи з якоюсь конкретною подією, що трапилась під час її лікування. Під час проведення такої експертизи, встановлюється своєчасність надання медичної допомоги, вірність вибору методів діагностики та лікування, можливі лікарські помилки.

В чому ж, здебільш, полягає порушення прав пацієнта під час лікування? По-перше, це неповнота обстеження, яка тягне за собою неточно або неправильно виставлений діагноз. По-друге, недбале

щепленням також проти інших відповідних інфекційних хвороб. У разі відмови або ухиляння від обов'язкових профілактичних щеплень у порядку, встановленому законом, ці працівники відсторонюються від виконання зазначених видів робіт.

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

Організація і впровадження сучасних профілактичних і протиепідемічних заходів попередження розвитку, поширення інфекційних хвороб призведе до для ліквідації найпоширеніших інфекційних хвороб та для забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя держави.

Список використаних джерел

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

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

3. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. (ред.) Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції. Всеукраїнська громадська організація «Фундація медичного права та білетики України». – Львів, 2008. – 354 с.

Olivia Ohikhuare

Student Medical Faculty No. 2.

Kiev Medical University

Supervisor – Professor

Babkina Olena Petrivna

Doctor Of Medicine ,

Forensic Medicine Faculty,

Bogomolets National Medical University

PHYSICIANS IN THE UNITED STATES

Physicians in the United States are doctors that practice medicine for the human body. They are an important part of health care in the United States. The vast majority of physicians in the US have a Doctorate of Medicine (MD) degree, though some have a DO or MBBS. The American College of Physicians, uses the term *physician* to describe specialists in internal medicine,

Профілактичні щеплення проти інфекційних хвороб, включених до календаря щеплень, та профілактичні щеплення за епідемічними показаннями проводяться для громадян безоплатно за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Основними принципами профілактики інфекційних хвороб є:

– визнання захисту населення від інфекційних хвороб одним із пріоритетних напрямів діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;

– дотримання підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та громадянами санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил і норм при здійсненні будь-яких видів діяльності;

– безоплатність надання медичної допомоги особам, хворим на інфекційні хвороби, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в державних наукових установах;

– соціальний захист осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями;

– державна підтримка відповідних наукових розробок і вітчизняних виробників медичних імунобіологічних препаратів, лікарських і дезінфекційних засобів та виробів медичного призначення, що застосовуються для профілактики, діагностики та лікування інфекційних хвороб.

Організація та проведення профілактичних і протиепідемічних заходів, зокрема щодо санітарної охорони території України, обмежувальних заходів стосовно хворих на інфекційні хвороби та бактеріоносіїв, виробничого контролю, а також організація та проведення медичних оглядів і обстежень, профілактичних щеплень, передбачених санітарно-гігієнічними та санітарно-протиепідемічними правилами і нормами, у межах встановлених законом повноважень покладаються на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, органи державної санітарно-епідеміологічної служби, заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації незалежно від форм власності, а також на громадян.

Проведення профілактичних щеплень забезпечують центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування та органи державної санітарно-епідеміологічної служби. Профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюку, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень.

Працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до їх зараження та (або) поширення ними інфекційних хвороб, підлягають обов'язковим профілактичним

ставлення лікаря до пацієнта під час вибору методу лікування. З засобів масової інформації ми постійно дізнаємось про те, що лікар не впевнився про наявність (чи відсутність) алергічної реакції у пацієнта на певний препарат. Окрім того, часто лікарі навіть не замислюються, як взаємодіють деякі ліки в організмі хворого, коли виписують протилежні за дією препарати або такі, що посилюють один одного.

Щоправда, іноді лікарська помилка може бути обумовлена не через вину самого лікаря, а через недосконалість медичного обладнання в тому чи іншому медичному закладі, або взагалі – його відсутності [2]. В такому випадку, лікар не буде нести кримінальну відповідальність. Скоріш за все, суд обвинуватить головного лікаря або іншу особу, відповідальну за укомплектованість необхідним обладнанням його медичного закладу.

В будь-якому разі, результати судово-медичної експертизи, проведеної з приводу встановлення відповідності лікування, здатні:

– встановити, яке саме лікування було необхідно;

– виявити медичні порушення, допущені при лікуванні даної особи;

– усунути недоліки надання медичної допомоги через обґрунтування правильного метода лікування.

Отже, судово-медична експертиза, як галузь загально-медичної практики, здатна забезпечувати права пацієнта на охорону здоров'я.

Список використаних джерел

1. Конституції України від 1 січня 2006 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – ст. 49.

2. Пищита А. Н., Стеценко С.Г. Медицинское право. Особенная часть. Право на жизнь и получение медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи. Учебно-методическое пособие. – М.: РМАПО, 2005. – С. 14-45.

Васильченко Аліна Миколаївна
студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – асистент,
кандидат медичних наук

Ергард Наталія Миколаївна,
Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Цукровий діабет є не вирішеною проблемою у сфері здоров'я, зумовленою широкою поширеністю захворювання і частим розвитком ускладнень, що призводять до погіршення якості і зниження тривалості

життя. За даними ВООЗ на нього хворіє близько 3% населення Землі. Від 10 до 20% від загальної кількості цих хворих – діти. Лише за період з 1990 по 2010 роки загальна кількість хворих на цукровий діабет збільшилася майже втричі і за стриманими прогнозами експертів у 2030 році досягне 552 млн. осіб. 20 грудня 2006 року діабет визнаний неінфекційною епідемією. Зокрема, в Україні налічується близько 1 млн. хворих на ЦД, з них 130 тис. – особи, які потребують щоденних ін'єкцій інсуліну. Припускається, що справжня поширеність ЦД у 2-2,5 рази вища, тобто кількість хворих сягає 2-2,5 млн., що спонукає до активного виявлення пацієнтів з цією патологією [1]. Враховуючи таку кількість хворих людей, високу частоту розвитку ускладнень внаслідок пізньої діагностики та не ефективного лікування, питання про права хворих на цукровий діабет є актуальною як для пацієнтів, так і для лікарів. Маючи інформацію про всі можливі пільги, умови створення більш сприятливого перебігу даного ендокринологічного захворювання, хворі зможуть більш якісно лікуватись, збільшивши відповідну якість і тривалість свого життя.

Наказом №365 МОЗ України від 28.05.2009 затверджений порядок ведення даного реєстру, який розроблений на виконання розпорядження КМУ від 05.03.2009 №247 «Деякі питання забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну». Наявність реєстру надає можливість ввести, зберегти та актуалізувати облікові дані пацієнтів, ідентифікувати хворих на цукровий діабет I та II типу, сформувані узагальнені статистичні та аналітичні дані стосовно показників захворюваності, інвалідності, смертності та факторів, що впливають на перебіг хвороби [2]. Це має значення для пацієнта, оскільки внесення його даних лікарем в реєстр дає йому можливість отримати інсулін (якщо схема лікування передбачає використання даного препарату) безкоштовно або з частковою доплатою. Згідно з порядком відшкодування вартості препаратів інсуліну, затвердженого постановою КМУ від 29.03.2016 №239 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ №439 від 21.06.2017, відпуск лікарських засобів здійснюється суб'єктами господарювання, перелік яких визначається структурними підрозділами з питань охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій або розпорядниками коштів місцевих бюджетів, визначених рішеннями про такі бюджети згідно із законодавством, на рівних умовах, відповідно до укладених договорів, на підставі рецептів на препарати інсуліну, виписаних закладами охорони здоров'я за місцем диспансерного обліку пацієнта згідно з реєстром пацієнтів, що потребують інсулінотерапії, який ведеться МОЗ, на рецептурних бланках форми № 1. Віднесення осіб до певної категорії хворих на діабет згідно з додатком для відпуску препаратів інсуліну здійснюється лікарем-ендокринологом із занесенням даних до медичної карти хворого на діабет та реєстру пацієнтів, що потребують

Осницька Яна Геннадіївна

*Студентка Національний
медичний університет*

імені О.О.Богомольця

Науковий керівник-старший викладач

Хміль Ірина Юріївна

*Кафедра судової медицини та медичного
права Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

ПРАВОВИЙ ПОРЯДОК ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ. ОРГАНІЗАЦІЯ, ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ

Право кожного громадянина на охорону здоров'я та медичну допомогу встановлено статтею 46 Конституції України. Держава забезпечує попередження, лікування, локалізацію та ліквідацію масових інфекційних захворювань.

Необхідно зазначити, що *інфекційні хвороби* – це розлади здоров'я людей, які викликаються живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Законодавство про захист населення від інфекційних хвороб визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб.

Захист населення від інфекційних хвороб визначається одним із пріоритетних напрямів діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Відносини у сфері захисту населення від інфекційних хвороб регулюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», цим Законом, іншими нормативно-правовими актами.

Фінансування профілактичних і протиепідемічних заходів здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, а у випадках, передбачених законом, – за рахунок коштів підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності, а також коштів фізичних осіб.

Nigeria is the low allocation of funds to the different medical centers that it is needed at the different stages of government, not employing enough medical personals especially in rural areas, active brain drain of specialized medical personals to other countries.

Key objectives of the current Health care system policy include:

Monitoring and implementing measures for better performances of health care workers.

Employing the adequate health care personals for the region and available population.

Providing enough government finances to provide the necessary equipment's needed by the medical facilities.

Fostering a relationship between public sector and non government providers of health services.

Similarities Between the Ukrainian Health care system and The Nigerian Health care system:

Both are being majorly controlled by the government.

Both are majorly understaffed.

Both lack enough equipment and facilities.

Both are being majorly financed by the government.

Both need to greatly improve their customer care in helping the patients.

Reference

1. Yearbook // State Statistic Service of Ukraine, Kyiv 2010 - ukrstat.gov.ua
2. Review // MedClinic
3. Review // Ministry of HealthMedClinic
4. Interview, press // Apteka, - apteka.ua
5. Country statistics // World Health Organization, - who.int/en/
6. Health System Assessment // US AID, Ukraine, 2011 - ukraine.usaid.gov
7. Uacrises.org // Health care reforms in Ukraine, 2017
8. <http://ccipu.org> // Health care in Ukraine, - 2017.
9. <http://www.euprimarycare.org/> - European forum for primary health care – 2017.
8. www.naija.ng- Trace the history of primary health care in Nigeria – 2017.
9. Health care systems in Nigeria – Winfred Akplagah -2015
10. <http://www.who.int/>- workforcealliance -2017

інсулінотерапії. Строк дії рецепту становить 30 календарних днів з моменту його видачі, крім випадків, передбачених законодавством, та зберігається у суб'єкта господарювання протягом трьох років починаючи з 1 січня наступного року. Категоріям хворих на діабет, що зазначені у пунктах 1-9 додатка постанови, відпуск за медичними показаннями певного виду і форми випуску препаратів інсуліну, призначених лікарями, що ведуть хворих на діабет та мають право призначати препарати інсуліну, суб'єктами господарювання здійснюється безоплатно. Категорії хворих на діабет, зазначені у пунктах 10 і 11 додатка, сплачують суб'єкту господарювання різницю між референтною ціною повного відшкодування та референтною ціною часткового відшкодування на певний вид і форму випуску препаратів інсуліну [3]. Окрім права на отримання безкоштовно або з частковою доплатою препаратів інсуліну, хворим на ЦД також може бути надана група інвалідності. При цьому враховують ступень втрати працездатності діабетика у зв'язку з дано хворобою. Діти до 18 років , хворі на ЦД, одержують статус інвалідів дитинства без прив'язки до певної групи. Інвалідність першої групи дають хворим на ЦД за такими критеріями: виражені порушення функцій організму пов'язані з важким перебігом ЦД (сліпота на обидва ока – діабетична ретинопатія; діабетична нейропатія – атаксія, паралічі; діабетична кардіоміопатія – серцева недостатність 3 ступеня; діабетична енцефалопатія – порушення психіки, недоумство; багаторазові гіпоглікемічні коми; діабетична нефропатія – останні стадії хронічної ниркової недостатності), наявність обмежень 3 ступеня до пересування, самообслуговування, спілкування, орієнтації. Дані пацієнти потребують стороннього догляду і постійної допомоги. Другої групи – за такими критеріями: важка форма ЦД, яка викликала виражені порушення роботи органів і систем (менш виражена ретинопатія, ніж при 1 групі, хронічна ниркова недостатність у термінальній стадії при успішній пересадці нирки або адекватному діалізі, діабетична нейропатія 2 ступеня (наявність парезів), діабетична енцефалопатія), межові здібності 2 ступеня до пересування, самообслуговування, трудової діяльності. Такі діабетики допомоги сторонніх людей і постійний догляд (як при 1 групі) не потребують. Інвалідність 3 групи дають діабетикам при помірних порушеннях роботи органів і систем (лабільний перебіг захворювання, діабет в легкій формі або середньої тяжкості). Дані порушення стають причиною 1 ступеня обмеження здатності до самообслуговування і трудової діяльності. За умови, що робота діабетика за професією протипоказана, раціональне працевлаштування призведе до значного зниження кваліфікації і продуктивності. Молодим людям встановлюють 3 групу на період набуття нової роботи, пов'язаної з розумовою або легкою фізичною діяльністю і без нервово-психічних напружень [4]. Також в Україні є безкоштовні школи самоконтролю ЦД, у яких хворих і їхніх близьких навчають контролювати

лабораторні показники, правильно модифікувати спосіб життя.

Таким чином, в Україні йде процес створення умов для покращення життя хворих на ЦД, які мають конкретні права, регламентовані законодавством, і можливість самостійно вплинути на стан свого здоров'я. Важливо розуміти, що ЦД це не виключно медична, а й соціальна, економічна і політична проблема.

Список використаних джерел

1. Медичний портал «Здоров'я України» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/article/18150-tcukrovij-dabet-obgovoryumo-problemudo-vseshnogo-dnya-dabetu>
2. Закон України «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на цукровий діабет» № 914/16930 від 29.09.2009 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0914-09>
3. Постанова КМУ «Порядок відшкодування вартості препаратів інсуліну» від 23.05.2016 № 239 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 439 від 21.06.2017 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/239-2016-%D0%BF>
4. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://likuvan.in.ua/invalidnist-pri-tsukrovomu-diabeti-prava-hvorih.html>

Вертипорох Жанна Віталіївна

лікар-інтерн Чернігівського ОБСМЕ

Науковий керівник – асистент,

кандидат медичних наук

Плетенецька Аліна Олександрівна

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

ОСОБЛИВОСТІ РОЗТАШУВАННЯ МЕТАЛІВ НАВКОЛО ВХІДНИХ УШКОДЖЕНЬ, ЩО ЗАПОДІЯНІ ПРИ ПОСТРІЛАХ ІЗ ПНЕВМАТИЧНОЇ ГВИНТІВКИ CROSMAN 2100 CLASSIC РІЗНИМИ ВИДАМИ КУЛЬ

Виявлення відкладання металу у ділянці вхідних ушкоджень, виду металу, особливості розташування і розсіювання його часток навколо вхідних ушкоджень залежно від дистанції пострілу, що може бути використано в судово-медичній практиці при проведенні експертиз із приводу ушкоджень при пострілах з потужної пневматичної гвинтівки Crosman 2100 CLASSIC.

Останнім часом, у зв'язку з вільним продажем пневматичної зброї та її поширенням серед населення, в експертній практиці стали частіше зустрічатися випадки поранень із цієї зброї. Але експерти зазнають певних

Primary health care in Nigeria

Background: Nigeria is a country located in West Africa and one of the most populous African country with an estimated population of 170 million people. With this population comes with it challenges on providing health care to all. Both does in the rural and urban areas.

Introduction to primary health care in Nigeria. Primary health care in Nigeria includes the main pillars of medical system which are measures for prevention of diseases, diagnoses and treatment, medical rehabilitation etc. These main pillars of medical services are carried out by hospitals, clinics, maternity homes, immunization centers, Lab diagnostic centers, specialized hospitals, teaching hospitals etc. Nigeria health care system includes orthodox, alternative, and traditional health care system all approved by the government. The Nigeria health care system is being organized and managed by three levels Federal, state and local government. The health care system is being administered by three levels of government: primary level which is managed by the local government, secondary by the state, and tertiary by the federal government.

After the independence of Nigeria in 1960, medical centers at that time focused on the treatment of illnesses instead of the prevention of these diseases, around 1985, when a new health minister was appointed, the idea was changed and decided to focus on the immunization and preventative health care. The government decided to create more health care centers in both rural and urban areas, immunization for children became free.

Current Situation of Health Care in Nigeria. Over the past decades we can not say the health care has improved or decreased, it has been more of a stand still situation. Although the government law states that health is the right of every citizen of Nigeria but the reality is different. About 70 % of the general population get health care from the government facilities while 30 % get theirs from private health care centers.

The government facilities are highly subsidized in the treatment of patients and really low cost, but highly inefficient due to the population and low medical personals at the facilities. The facilities are usually understaffed and poorly equipped with necessary facilities. A large percentage of the population are not under medical insurance so they have to pay for those services by cash. The emergency care in government hospitals are not fast and the customer service is very low. On the other hand, they have a lot of specialized doctors at your call, but are not paid as high as they would want to and are highly over worked. Medical services can be gotten from private centers but that are at a high cost and have to be paid entirely by the individual.

Due to help from the international community most drugs are highly subsidized pertaining to major diseases such as: malaria, typhoid fever, tuberculosis, influenza, heart diseases, HIV/AIDS, influenza/pneumonia, stroke. The major reason for the current situation of the public health care systems in

medical centers, lab diagnostic centers etc. Medical facilities and equipment's are managed by the government, and repairs were made on a lot of ambulatories and hospitals supported by subsidies for the state budget. Private health care is also available but not as big as government health care with not the same level of specialization. Health care is funded almost entirely by the government of Ukraine, The payment for health care is extremely low since most of it is paid by government through taxes. The unemployed, old pensioners, and people with long term illness or maternity leave have to pay healthcare but not as much as working class people. People are suppose to pay as little as possible for health care because its generally suppose to be free but that's not the reality because medical workers are paid very low by the government even though some are well trained. So all of the have to charge extra fees. In other to see doctors its advisable to make an appointment not to cause delays and insurance covers most of the payment for basic treatments except for drugs. Private facilities may give better customer service and little or not waiting list. But they are available at a higher cost, so the population visiting those are not as high since most of the population are low income earners.

In large towns in government medical facilities a family physician has to provide medical care for about 1500 people and in smaller towns about 1200 people this puts a lot of pressure on the medical workers and with low income gives out a low output. A lot of polyclinics and rural hospitals with poor equipment's and more staffs are needed. About 85% of medical facilities are government owned while, private practice covers about 15%. Due to the fact that doctors sometimes ask for extra money to help patients because of low pay, which is a corrupt practice. A lot of reforms have been put in place to help solve this issue. Health reforms are put in place as part of a comprehensive structure to help overhaul the system, but little or not changes have been observed.

The main aims of the medical reforms are as follows:

The state will finance the sick patient directly for the treatment instead of financing the hospitals for treatment.

The patient will choose his or her own personal doctor which the state will finance directly. And he will continue to be treated by that personal doctor until he changes his or her mind. The doctor will also get an incentive if his patients are satisfied and healthy.

Patients will get a clear definition of what the government will be funding which includes, family doctor services, palliative care, emergency care, medicines for cardiovascular diseases, bronchial asthma, type 2 diabetes, childbirth, rare oncological diseases will be 100 % funded by the government.

In cases where the Ukrainian government can not fund the procedure or medical requirement of the patient, there will be a copayment system in place where the patients pays with insurance or through tariffs approved by the state.

Lastly, the Ukrainian medical personals will be obliged to adhere to the international medical protocols.

труднощів при виконанні подібних експертиз через відсутність методик дослідження ушкоджень, заподіяних з певної моделі пневматичної зброї. У більшості випадків першою перешкодою на шляху кулі є одяг, тому для розв'язання завдання правильної кваліфікації злочинів у випадках застосування пневматичної зброї необхідне комплексне дослідження ушкоджень як тіла людини, так і пошкоджень одягу. Дослідження ушкоджень за допомогою лабораторних методів дослідження могло б допомогти судово-медичному експерту у розв'язанні таких питань, як визначення металів, що входять до складу кулі, при пострілах з потужної пневматичної гвинтівки Crosman 2100 CLASSIC.

Метою було виявлення металу у ділянці вхідних ушкоджень, виду цього металу, а також особливості розташування і розсіювання його часток навколо вхідних ушкоджень при пострілах різними видами куль із пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 Classic для визначення дистанції пострілу.

Матеріалом дослідження була біла бавовняна тканина, розмірами 20×15 см, прикріплена до аркушів пакувального картону розмірами 30×20 см у ненацягнутому стані, але й без складок. Для експериментів була обрана мисливська пневматична гвинтівка американського виробництва Crosman 2100 Classic. Постріли робили трьома видами куль з відстаней: 0 см; 1 см; 3 см; 5 см; 10 см; 15 см; 25 см; 50 см; 1 м; 2 м; 4 м; 6 м; 8 м; 10 м. З кожної відстані й кожною кулею робили по 12 пострілів. Вхідні пошкодження на всіх перерахованих вище об'єктах фотографували за правилами судової фотографії, потім досліджували візуально та за допомогою стереомікроскопа МБС-9. Для виявлення металу, що входить до складу оболонки кульки, у паску металізації в місці вхідних пошкоджень на тканині використано метод кольорових відбитків.

Вивчення отриманих контактограм показало, що при пострілах обміщеною кулькою з відстаней від 0-25 см відповідно краям пошкоджень виявлені інтенсивні дифузні оливково-зелені відкладання, характерні для міді, що входить до складу покриття кульки, у вигляді переривчастого кільця шириною 0,1 см, зовнішнім діаметром 0,4 см. Також, навколо ділянки ушкодження є аналогічні відкладання часток міді від пілоподібних до крупноточкових на ділянках розмірами від 3,8×3,5 см до 5,0×5,0 см. Кількість відкладань поступово зменшується до одиничних на відстані пострілу 25 см. При пострілах з відстаней 50 см – 10 м по краях вхідних пошкоджень, відповідно паскам обтирання, виявлені дифузні відкладання міді у вигляді переривчастого кільця шириною 0,1 см, зовнішнім діаметром 0,4 см. На відстанях від 50 см до 10 м відкладання міді поза паском металізації навколо пошкоджень не спостерігалися.

При пострілах свинцевими кулями з відстаней 0 см – 1 м відповідно краям пошкоджень виявлені інтенсивні дифузні бордово-фіолетові

відкладання, характерні для свинцю, що входить до складу куль, у вигляді переривчастого кільця шириною 0,1 см, зовнішнім діаметром 0,4 см. Крім того, навколо ділянки пошкодження є аналогічні відкладання часток свинцю від пілоподібних до крупноточкових на ділянках розмірами від 1,2×0,5 см до 5,5×5,2 см (при пострілах кулями Skarabey DS) і від 1,5×0,7 см до 5,5×3,6 см (при пострілах кулями Crosman Premier Super Point). При цьому кількість цих відкладань спочатку поступово збільшується від одиничних до множинних на відстані пострілу 25 см, де кількість цих відкладань максимальна, потім знову зменшується до одиничних на відстанях 50 см – 1 м. При пострілах з відстаней 2 м – 10 м по краях пошкоджень виявлені дифузійні відкладання свинцю у вигляді переривчастого кільця шириною 0,1 см, зовнішнім діаметром 0,4 см, інтенсивність яких зменшується зі збільшенням відстані пострілу. На відстанях 2 м – 10 м відкладання свинцю не спостерігалися.

Таким чином, нами було виявлено відкладання металу, який входить до складу покриття кулі, у ділянці вхідних пошкоджень бавовняної тканини на виду цього металу. Доведено, що характер відкладень міді по краях і навколо вхідних пошкоджень тканини дає можливість визначити при пострілах обмідненою кулькою відстань 25 см як близьку дистанцію. Доведено, що характер відкладень свинцю по краях і навколо вхідних пошкоджень бавовняної тканини дає можливість визначити при пострілах обмідненою кулькою з даної гвинтівки відстань 1 м як близьку дистанцію.

Список використаних джерел

1. Бабій Л.М. Проблема вивчення пошкоджень, що заподіяні пострілами з пневматичної газобалонної зброї в судово-медичній практиці України та Росії /Л.М. Бабій// Матеріали науково-практ. конф. молодих вчених «Досягнення молодих вчених – майбутнє медицини» (22.11.2005 р.). – Х., 2005. – С. 7-8.
2. Козаченко І.М. Судово-медична діагностика ушкоджень із пневматичної зброї на сучасному етапі / І.М. Козаченко // Український судово-медичний вісник. – 2008. – № 1. – С. 23-27.
3. Хижняк В.В. Ушкодження тіла людини та їх особливості при пострілах з пневматичної гвинтівки ІЖ-38 / В.В. Хижняк // Експериментальна і клінічна медицина. – Х., 1999. – №4. – С. 109-111.

концентрація Ет склала 1,3‰, а АцА – 0,009‰ [4].

Вважаємо, що врахування концентрації АцА в крові при алкогольних інтоксикаціях є перспективним напрямом подальших наукових досліджень.

Список використаних джерел:

1. Морозов Ю.Е. Ацетальдегид и этанол головного мозга: способ определения и диагностическое значение при отравлении этиловым алкоголем / Морозов Ю.Е., Соломатин Е.М., Охотин В.Е. // Судебно-медицинская экспертиза. – 2002. – № 2. – С. 35-41.
2. Сидоров П.И. Наркотическая превентология: Руководство / Павел Иванович Сидоров – Изд. 2-е перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 720 с. с ил.
3. Бондаренко В.В. Обґрунтування критеріальної значимості діагностичних показників у випадках отруєння алкоголем : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.25 «Судова медицина» / В.В. Бондаренко – К., 2008. – 22 с.
4. Зороастров О.М. Экспертные критерии диагностики острого отравления этиловым алкоголем при исследовании трупа : автореф. дис. на соискание учен. степени докт. мед. наук : спец. 14.00.24 «Судебная медицина» / О.М. Зороастров – М., 2004. – 24 с.

Omoregie Sonia Iyobosa

Student Medical Faculty No. 2.

Kyiv Medical University.

Supervisor – Professor

Babkina Olena Petrivna

Professor, Doctor Of Medicine ,

Forensic Medicine Faculty,

National Medical University

Imeni O.O. Bogomolets.

HEALTH CARE IN UKRAINE AND IN NIGERIA

Health care is an organization providing medical care to individuals or communities. Healthcare in Ukraine is mainly owned and controlled by state institutes (about 99% of all healthcare providers). Since it is controlled by the government mostly the standard of the health care is not that high, only 35% of the Ukrainian Population consider their health care good. This may be due to it being not customer friendly, which creates an unacceptable work environment for physicians and nurses, and causes a financial burden for the state.

Primary care in Ukraine

Ukraine has a network of primary care centers which includes polyclinics, medical centers, dispensaries, specialized clinics, territorial clinics, specialized

АцА було досліджено кров від 40 трупів осіб чоловічої та жіночої статі у віці від 21 до 66 років, судово-медичні розтини яких були на базі Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи. Під час кожного розтину була вилучена кров і направлена до відділення судово-медичної токсикології ХОБСМЕ, де методом газорідинної хроматографії, за допомогою газорідинного хроматографу ЛХМ-8МД, було визначено концентрацію Ет і АцА.

В результаті дослідження було встановлено, що в разі присутності Ет в крові було визначено також й АцА у різних концентраціях, що дало нам можливість виділити 4 групи досліджень. У першій групі (11 випадків) концентрація Ет в крові не перевищувала 0,4%, а при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0007%, що знаходиться у межах фізіологічної норми. У другій групі (12 випадків) концентрація Ет в крові відповідала ступеню легкого алкогольного сп'яніння (0,5-1,5%), при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0054%, що перевищує норму приблизно у 5-6 разів. В третій групі (11 осіб) концентрація Ет в крові відповідала середньому ступеню алкогольного сп'яніння (1,5-2,5%), при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0110%, що перевищує норму приблизно у 11 разів. В четвертій групі (6 випадків) концентрація Ет в крові відповідала ступеню сильного алкогольного сп'яніння (2,5-3,0%), при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0183%, що перевищує норму приблизно у 18 разів. Результати дослідження представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

№ з/п	Ступінь алкогольного сп'яніння	Вміст Ет в крові, %	Вміст АцА в крові, %
1.	Відсутність алкогольного сп'яніння	до 0,4	0,0007
2.	Легке алкогольне сп'яніння	0,5 – 1,5	0,0054
3.	Алкогольне сп'яніння середнього ступеню	1,5 – 2,5	0,0110
4.	Сильне алкогольне сп'яніння	2,5 – 3,0	0,0183

Таким чином, нами доведено, що середній рівень концентрації АцА в крові співпадає з відповідним рівнем Ет в крові, що у підсумку дає можливість використовувати показник АцА в крові в якості маркера ступеню алкогольного сп'яніння. Для підтвердження цієї теорії, а також для створення відповідної таблиці концентрацій, як це зроблено для Ет, необхідно провести відповідне дослідження у живих осіб. Наші висновки підтверджують дослідження Зороастрова О.М. (2004), який визначав клінічний стан людини при різних концентраціях Ет і АцА в крові. Так, у осіб з клінічною картиною легкого алкогольного сп'яніння концентрація Ет в крові була у межах 1,00-1,45%, а концентрація АцА – 0,002-0,005%. У випадках більш вираженої картини легкого алкогольного сп'яніння концентрація Ет була у межах 0,75-0,85%, а концентрація АцА – 0,0073-0,0075%. У випадку алкогольного сп'яніння середнього ступеню

Вершута Олександр

студент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – асистент

Артеменко Олексій Іванович

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Інтерни – це особи, які мають ступінь магістра медичного спрямування і навчаються з метою отримання кваліфікації лікаря певної спеціальності відповідно до переліку лікарських спеціальностей інтернатури (ст. 61 з 06.09.14 р. Закону від 01.07.14 р. № 1556-VII «Про вищу освіту»).

На сьогодні після кардинального оновлення згідно із Законом № 1556 норм ст. 47 Закону від 23.05.91 р. № 1060-XII «Про освіту» інтернатура належить до однієї із форм післядипломної освіти. Проводиться інтернатура в університетах, академіях, інститутах і є обов'язковою формою первинної спеціалізації осіб за лікарськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста. Відповідний ступінь вищої освіти та відповідну кваліфікацію присвоює ВНЗ згідно з рішенням екзаменаційної комісії (ст. 6 Закону № 1556). До складових післядипломної освіти належить стажування, тобто набуття особою досвіду виконання завдань та обов'язків певної професійної діяльності або галузі знань. Організаційні та фінансові питання стосовно інтернування та стажування на сьогодні регулюються Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів, затвердженим наказом МОЗ від 19.09.96 р. №291 (далі – Положення № 291).

Підставою для видання наказу про зараховування до інтернатури є диплом лікаря, посвідчення про направлення на роботу за персональним розподілом або довідка про право самостійного працевлаштування (п. 2.3 Положення № 291).

В адміністративному відношенні лікарі (провізори) – інтерни підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласних (міських) органів місцевого самоврядування, з яким вони уклали трудові договори.

Під час стажування в базовій установі охорони здоров'я інтерн працює під безпосереднім керівництвом лікаря (провізора), під час навчання на кафедрі – під керівництвом викладача.

На інтернів під час навчання на кафедрах поширюються правила внутрішнього розпорядку навчального закладу, під час стажування –

правила внутрішнього трудового розпорядку, право і пільги, встановлені для працівників даного закладу охорони здоров'я.

Відповідно до розділу IV п. 4.4-4.5 Положення № 291 лікарі-інтерни набувають певних прав та обов'язків. Наразі лікарі(провізори)-інтерни мають право:

– користуватись лабораторіями, кабінетами, аудиторіями, читальними залами, бібліотеками та іншими навчальними і допоміжними підрозділами вищого медичного (фармацевтичного) навчального закладу;

– брати участь через виробничі наради кафедр в обговоренні питань удосконалення навчального процесу та інших питань, пов'язаних з навчанням і побутом інтернів;

– на забезпечення проживання в гуртожитку вищого навчального закладу під час навчання на кафедрі (з оплатою як для студентів) та в гуртожитку закладу охорони здоров'я під час стажування.

Лікарі (провізори) - інтерни зобов'язані:

– набувати, поглиблювати і удосконалювати професійні знання, вміння і навички;

– у повному обсязі, своєчасно виконувати навчальний план і програму інтернатури;

– виконувати правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, правила проживання в гуртожитках та правила внутрішнього розпорядку в навчальних закладах.

Соціальні гарантії і компенсації лікарям-інтернам:

1. Випускник державного вищого медичного, який працевлаштований на підставі направлення на роботу, вважається молодим спеціалістом протягом трьох років з моменту укладення ним трудового договору із замовником.

2. Час перебування жінки у відпустці після закінчення вищого закладу освіти у зв'язку з вагітністю, пологами, доглядом за дитиною до досягнення нею трирічного віку зараховується до терміну роботи за призначенням.

3. Випускникам, які одержали направлення на роботу, після закінчення закладу освіти надається відпустка тривалістю 30 календарних днів.

За період відпустки випускникам державних вищих медичних закладів освіти, які одержали направлення на роботу, виплачується допомога у розмірі місячної стипендії за рахунок замовника.

Випускникам, які одержали довідки про надання можливості самостійного працевлаштування, допомога за період відпустки не виплачується.

Відповідно до п. 5 Положення № 291 випускник має право розірвати угоду з таких причин:

– встановлення інвалідності I або II групи, внаслідок чого випускник

Список використаних джерел

1. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III // Відомості Верховної Ради України. – 2007. – № 22. – Ст. 294.

2. Наказ МОЗ від 10.01.2006 «Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення».

3. Медико-правовий тлумачний словник / За ред. І.Я. Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010.

4. Динаміка захворюваності та поширеності інфекційних хвороб в Україні/ оригінальні дослідження Маркович І.Г., 2015.

Нікітіна Діана Сергіївна

студентка Харківського

національного медичного університету

Науковий керівник – доцент,

кандидат медичних наук

Бондаренко Владислав Вікторович

Кафедра судової медицини, медичного

правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса

Харківського національного медичного університету

ПРО МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ АЦЕТАЛЬДЕГІДУ В КРОВІ ПРИ ВСТАНОВЛЕННІ СТУПЕНЮ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ

Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що головна роль у біохімічній складовій алкогольної інтоксикації належить продукту окислення етанолу (Et) – ацетальдегіду (АцА) [1]. Відомо, що токсичність АцА перевищує токсичність Et в десятки разів. Знаходячись в організмі у фізіологічних концентраціях (0,0001%-0,001%), АцА не проявляє своєї фармакологічної дії, але при збільшенні концентрації він вступає в реакції з біогенними амінами та утворює біологічно активні алкалоїдоподібні речовини [2]. В судово-медичній практиці показник концентрації АцА вже використовується як додатковий діагностичний показник причини смерті від гострого отруєння алкоголем [3], але питання визначення стану алкогольного сп'яніння за показником АцА в крові ще досі не вирішено, а ступінь алкогольного сп'яніння залежить від рівня Et та АцА в крові та обумовлена індивідуальними властивостями організму [4]. Таким чином, **мета роботи** була у визначенні доцільності використання показника концентрації АцА в крові як додаткового діагностичного критерію ступеню алкогольного сп'яніння.

Матеріал та методи дослідження. Для визначення концентрації

поширення. Бактеріоносій – людина, в організмі якої виявлено збудників інфекційної хвороби при відсутності симптомів цієї хвороби [3].

Кожного року в нашій державі за медичною допомогою звертаються 8-9 мільйонів українців з приводу інфекційних захворювань. Серед них є величезна кількість хворих, які хворіють «на ногах» – відвідують роботу під час хвороби, навчаються. Саме тому, кожна людина, яка зіткнулась з інфекцією, повинна знати свої права та обов'язки, що обумовлює важливість моєї роботи.

Основним нормативно-правовим документом, що регламентує права та обов'язки осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями є Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 року. Згідно з його положеннями особи, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями, мають право на:

– безоплатне лікування у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та державних наукових установах;

– отримання достовірної інформації про результати медичного огляду, обстеження та лікування, а також на отримання рекомендацій щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб;

– звернення до суду з позовами про відшкодування шкоди, заподіяної їх здоров'ю та (або) майну внаслідок порушення законодавства про захист населення від інфекційних хвороб.

Особи, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями, зобов'язані:

– вживати рекомендованих медичними працівниками заходів для запобігання поширенню інфекційних хвороб;

– виконувати вимоги та рекомендації медичних працівників щодо порядку та умов лікування, дотримуватися режиму роботи закладів охорони здоров'я та наукових установ, у яких вони лікуються;

– проходити у встановлені строки необхідні медичні огляди та обстеження [1].

Для обліку випадків хвороб інфекційної етіології використовується декілька різних статистичних форм з метою отримання достовірної інформації про захворюваність і проведення адекватного аналізу даних [4]. Найкращою формою записів таких даних є саме Журнал обліку інфекційних захворювань форма 060/о. Також сюди відносять «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» [2].

Коли хворий на інфекційну хворобу або бактеріоносій буде дотримувати своїх обов'язків, а також знатиме свої права – це допоможе значно скоротити поширеність інфекції та забезпечить здорових людей від ризику зараження.

не може стати до роботи за місцем призначення;

– встановлення інвалідності I або II групи у дружини (чоловіка) випускника, у одного з батьків (або осіб, які замінюють батьків) випускника;

– якщо випускник – вагітна жінка, мати або батько, які мають дитину у віці до трьох років або дитину, яка згідно з медичним висновком потребує догляду (до досягнення нею шестирічного віку);

– одинока мати або батько, які мають дитину до чотирнадцяти років або дитину-інваліда;

– у разі проходження чоловіком (дружиною) військової служби (крім строкової), в тому числі за контрактом, на посадах рядового, сержантського й старшинського складу, прапорщиків, мічманів та офіцерів у Збройних Силах, Національній гвардії, Прикордонних військах, Службі безпеки, а також інших військових формуваннях, створених відповідно до законодавства України, та служби в органах внутрішніх справ поза місцем розташування замовника;

– у разі вступу випускників вищих закладів освіти I-II рівнів акредитації до вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації.

У цих випадках за рішенням комісії з працевлаштування випускників видається довідка про надання можливості самостійного працевлаштування.

Список використаних джерел

1. Конституція України Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

2. ЗУ «Про вищу освіту» від 01.07.2014р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

3. Указ Президента України «Про заходи щодо реформування системи підготовки спеціалістів та працевлаштування випускників вищих навчальних закладів» Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

4. Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів МОЗ України» №291 від 19.09.1996р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

5. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

6. Наказ МОЗ України «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти» Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>

Внуков Олексій Романович

*студент Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрївна

*Кафедра судової медицини та медичного права
Національного медичного університету
імені. О.О. Богомольця*

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ВЧИНЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗЛОЧИНІВ

Відповідно до законодавства кримінальна відповідальність настає за злочин – вчинення особою суспільно-небезпечного винного діяння, яке містить склад злочину, що передбачений Кримінальним кодексом України. Щодо медичної діяльності, незважаючи на суттєві особливості, які відрізняють цю сферу, принципи кримінальної відповідальності медичних працівників мають загальний характер.

Випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності, а тим більше винесення щодо них обвинувального вироку в Україні є порівняно нечастими. Проте керівникам закладів охорони здоров'я необхідно знати про те, які дії чи бездіяльність підпадають під кримінально-правову заборону і на попередження якої поведінки підлеглих слід спрямовувати свої зусилля.

Переважна більшість «медичних» злочинів зібрані у розділі II ККУ «Злочини проти життя і здоров'я особи». До них належать, зокрема:

– убивство (на сьогоднішній день неумисне завдання медичним працівником смерті іншій людині кваліфікується за статтею 119 КК України «Вбивство через необережність». Відповідальність за таке діяння – обмеження або позбавлення волі на строк від трьох до п'яти років [3].

– неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 ККУ). За такі дії КК України встановлює відповідальність у вигляді обмеження або позбавлення волі на строк до трьох років.

Якщо ж такі дії призвели до зараження такими хворобами двох чи більше осіб, то особа-злочинець, яка їх вчинила підлягає позбавлення чи обмеження волі на строк від трьох до восьми років. Разом з тим до особи, яка вчинила такий злочин застосовується додаткове покарання – позбавлення права обіймати посади, пов'язані з медичною чи фармацевтичною діяльністю на строк до трьох років;

– незаконне проведення абортів (ст. 134 ККУ) – у разі якщо медичний працівник не має спеціальної медичної освіти карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподаткованих мінімумів доходів громадян або

відділенні лікувався хворий (лікарську спеціальність), і встановити, який діагноз поставили хворому в лікувальному закладі. Пацієнт має повне право вимагати будь-яку документацію, яка наявна в лікарняному закладі (зокрема, медичну картку хворого, результати всіх аналізів та щоденник лікування), посилаючись на ст. 34 та 49 Конституції, ст. 285 ЦКУ та ст. 39 Основ законодавства України «Про охорону здоров'я».

Після отримання необхідних документів, заявник може порівняти діагноз та призначене йому лікування з нормативами, що визначають обов'язкові дії лікарів. І лише при виявленні невідповідностей можна говорити, що лікарі неналежно виконали свої обов'язки і допустилися лікувально-діагностичної та/або лікувально-тактичної помилки.

Важливо довести і причинно-наслідковий зв'язок, тобто наявність наслідку у вигляді завдання шкоди здоров'ю пацієнта саме через діяння лікарів. Отримавши підтвердження того, що призначені лікарями діагностичні дослідження чи лікування не відповідали нормативам необхідно довести наявність шкоди для здоров'я пацієнта. Її доказами можуть бути: факти звернення до інших лікарів (які призначали лікування); факти виявлення інших хвороб чи перехід існуючої хвороби в хронічну форму, що могло бути результатом неправильного лікування; письмові висновки інших лікарів, які оглядали чи лікували пацієнта, що мають силу висновку спеціаліста.

Крім вищевказаного, вину лікарів можна довести в кримінальному процесі, особливо коли їхні дії спричинили тяжкі наслідки для хворого, які можуть виражатися в його смерті, самогубстві чи заподіянні йому тілесних ушкоджень.

Стаття 140 Кримінального кодексу України встановлює відповідальність лікарів за невиконання чи неналежне виконання своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого.

Никитюк Марія Анатоліївна

Студентка НМУ імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрївна

*Кафедра судової медицини та медичного права
НМУ імені О.О. Богомольця*

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ОСІБ, ЯКІ ХВОРИЮТЬ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ АБО Є БАКТЕРІОНОСІЯМИ

Інфекційні хвороби – розлади здоров'я людей, що викликаються живими збудниками, продуктами їх життєдіяльності, патогенними білками, передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового

товарним чи касовим чеком, квитком, талоном або іншими документами. Отже, звертаючись по медичну допомогу, особа укладає усний договір про надання медичних послуг, згідно з яким є їх споживачем. Тому на відносини, які виникають з такого договору, поширюється дія Закону «Про захист прав споживачів».

Порядок відшкодування шкоди визначений у параграфі 2 глави 82 Цивільного кодексу України (далі – ЦКУ), де передбачено, що така шкода відшкодовується юридичною особою (лікарнею, іншим медичним закладом) або фізичною особою (державним лікарем або лікарем, який здійснює приватну медичну практику чи підприємницьку діяльність на підставі ліцензії на медичну практику). Але як показує судова практика, шкода, завдана здоров'ю пацієнта, не може бути відшкодована, оскільки здоров'я людини не можна відновити до того рівня, який існував раніше. У цьому разі може йтися лише про компенсацію завданих збитків та витрат, понесених пацієнтом. Згідно зі ст. 1195 ЦКУ вона полягає у відшкодуванні потерпілому заробітку (доходу), втраченого ним внаслідок втрати чи зменшення професійної або загальної працездатності, а також у відшкодуванні додаткових витрат, викликаних необхідністю посиленого харчування, санаторно-курортного лікування, придбання ліків, протезування, стороннього догляду тощо.

Стаття 1200 ЦКУ присвячена відшкодуванню шкоди в разі смерті пацієнта. У такому випадку право на звернення до суду з позовом мають непрацездатні особи, які були на утриманні потерпілого або мали на день його смерті право на одержання від нього утримання, а також дитина потерпілого, народжена після його смерті.

Щодо моральної шкоди, то відповідно до ст. 23 ЦКУ відшкодуванню підлягає і моральна шкода, завдана особі. Ця шкода полягає як у фізичному болю, якого особа зазнавала у процесі неправильного лікування в клініці, так і у фізичному болю, який був наслідком неналежної медичної допомоги, а також у болю, завданому під час «виправлення» медичної помилки. Крім того, моральна шкода полягає в душевних стражданнях, яких особа зазнала у зв'язку з такими діями лікарів і які виразилися в переживаннях стосовно стану свого здоров'я, в думці про те, що призначене лікування не допомагає тощо.

Як відбувається насправді:

По-перше, необхідно довести факт дії чи бездіяльності лікарів, що виразилася в неправильній діагностиці захворювання чи неправильно призначеному лікуванні. Наказом Міністерства охорони здоров'я України затверджені нормативи надання медичної допомоги, які визначають, які саме аналізи та діагностичні дослідження мають бути призначені для підтвердження первинного діагнозу і яка тактика лікування має бути обрана.

Тому, перш ніж звертатися в суд, необхідно визначити, у якому

громадськими роботами від ста до двохсот сорока годин, виправними роботами від двох років, обмеженням волі на строк до двох років.

Якщо воно спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність або смерть потерпілої, – карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років [2];

– незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 ККУ) – заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти карається виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням або позбавленням волі на строк до трьох років;

– ненадання медичним працівником допомоги хворому не є злочином за поважної причини, однак поважність підлягає з'ясуванню. Поважними причинами, які не дали можливості надати допомогу можуть визнаватися: дія нездоланної сили, поломка автомобіля, на якому медичний працівник доїжджав до хворого, знесений повністю міст через річку, дія інших стихійних сил природи, хвороба самого медичного працівника, відсутність у нього медикаментів чи інструментів або практичного досвіду;

– незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 ККУ) тягне за собою кримінальну відповідальність, якщо це створювало небезпеку для життя чи здоров'я людини. Санкція названої статті альтернативна та передбачає штраф до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправні роботи на строк до двох років, або обмеження волі на строк до чотирьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років [4].

– порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 ККУ) карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

В частині 4 ст. 143 КК України встановлено кримінальну відповідальність за незаконну торгівлю органами або тканинами людини.

Вказані дії караються обмеженням або позбавленням волі на строк до п'яти років. Разом з тим, ч. 5 ст. 143 КК України встановлює такі обтяжуючі обставини цього злочину:

– потерпіла особа, перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного;

– злочин вчинений за попередньою змовою групою осіб;

– винна особа брала участь у транснаціональних організаціях, які займаються незаконною торгівлею органами або тканинами людини.

Наведені приклади злочинів у медичній сфері та обсяг кримінальної відповідальності за них є особливо значущими, адже вони лежать в

площині життя та здоров'я, поза явищами порядності, соціальних та культурних процесів. Інформованість медичного персоналу з цих питань є першочерговою, особливо з огляду на загальну низьку юридичну грамотність медиків на фоні серйозності наслідків описаних злочинів.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс], режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>
2. Кримінальний кодекс України: Науково-практичний коментар / Ю.В. Баулін, В.І. Борисов, С.Б. Гавриш та ін.; За заг. ред. В.В. Сташиса, В.Я. Тація. – К. : Ін Юре, 2003. – 1196 с.
3. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / НЗ4 За ред. М.І. Мельника, М.І. Хавронюка – 7-ме вид., переробл. та допов. – К. : Юридична думка, 2010 – 1288 с.

Волобуєв Олександр Євгенійович

*асистент кафедри судової медицини
та медичного права
НМУ імені О.О. Богомольця*

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В ДОГОВОРАХ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ КОМЕРЦІЙНИХ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

Конституція України визначає людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпеку найвищою соціальною цінністю в Україні. Отже, сфера охорони здоров'я є однією з найбільш значущих та чутливих сфер, що потребує значної уваги та фінансування.

Наразі, погіршення фінансово-економічного становища в країні викликає недостатність можливостей забезпечення потреб населення в охороні здоров'я за рахунок бюджетних коштів. Одним з таких джерел додаткового фінансування охорони здоров'я, як показують кращі сучасні практики та досвід трансформації системи охорони здоров'я в світі, зокрема, в центральній і Східній Європі, що дозволить збільшити рівень та якість медичної допомоги населенню є введення обов'язкового медичного страхування.

Такий досвід страхування в Україні є, але у приватному секторі. На перше півріччя 2017 року, за даними «Форіншурер» загальна кількість страхових компаній становила 300, у тому числі СК «life» – 36 компаній, СК «non-life» – 264 компанії. Роль комерційних страхових компаній полягає в доповненні соціального страхування, оскільки держава не бере на себе повністю задоволення відповідних соціальних потреб лише за рахунок суспільних фондів споживання [1].

медициною, не завжди виправдана. Доцільно розглядати питання про кримінальну відповідальність медичних працівників за злочинні порушення у сфері репродукції, трансплантації органів та тканин людини, генетики, інших нових сфер медицини. Це необхідно з метою недопущення зловживань у цих сферах надання медичної допомоги, з метою формування суспільних відносин у потрібному для всього суспільства напрямі. Водночас додаткове поширення кримінально-правових норм на ті відносини, які вже є у ККУ, потенційно може створити ситуацію, за якої професія лікаря розглядатиметься з позиції високого ступеня ризику кримінальної відповідальності.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
2. Кримінальний кодекс України, прийнятий 1 квітня 2001 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
3. Лист «Відповідальність медичних працівників» від 20.06.2011
4. Постанова Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про злочини проти життя та здоров'я особи» від 07.02.2003
5. Стеценко С.Г. Медичне право України: Підручник // За заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка. – К: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – С.138-149.
6. Бобров О.Е. «Крамольные мысли» об ответственности врача // Новости медицины и фармации. –2004. – №6. – С. 22-26.
7. Бобров О.Е. Медицинское преступление: правда и ложь. – Петрозаводск: Интелтек, 2003. –С. 193.

Нагайцев Артем Сергійович

магістр права, правознавець

ПРАВА ЛЮДИНИ В СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Кожна людина хоч раз в житті зверталась за медичною допомогою, та розраховує на якісні медичні послуги. Однак трапляється, що медичні працівники помиляються та завдають шкоду здоров'ю пацієнта. Інколи це коштує життя.

Відповідно до п. 7 ч. 1 ст. 1 Закону «Про захист прав споживачів», *договір* – це усний чи письмовий правочин між споживачем і продавцем (виконавцем) про якість, терміни, ціну та інші умови, за яких реалізується продукція. Вчинення усного правочину оформляється квитанцією,

медичних працівників, належать:

- незаконне проведення абортів (ст. 134);
- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138);
- ненадання допомоги хворому медичним працівником;
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140);
- порушення прав пацієнта (ст. 141);
- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142);
- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143);
- насильницьке донорство (ст. 144);
- незаконне поміщення в психіатричний заклад (ст. 151);
- незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст. 319);
- порушення правил боротьби з епідеміями (ст. 325) та інші.

Друга група, за які медичні працівники можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності, складають суспільно небезпечні діяння, які пов'язані з виконанням медиком службових обов'язків:

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132);
- зловживання владою або службовим становищем (ст. 364);
- перевищення влади або службових повноважень (ст. 365);
- службове підроблення (ст. 366);
- службова недбалість (ст. 367);
- одержання хабара (ст. 368) та інші.

Третю групу з представленої класифікації складають злочини, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності на загальних підставах. Це злочини, коли медичний працівник притягується до кримінальної відповідальності як загальний суб'єкт цього злочину, тобто без урахування відношення до професійної медичної діяльності [4, 5].

Модна сьогодні тема захисту прав пацієнта перебирає, по суті, тільки два питання: покарання лікаря і можливість матеріальної компенсації збитку здоров'ю, заподіяної неправильним лікуванням [6].

Відсутність єдиної класифікації і чітких рекомендацій щодо вибору діагностичної та лікувальної програм закладає фундамент юридичних, економічних і моральних конфліктів, коли в силу переходу охорони здоров'я на фінансування системою страхових компаній неминуче виникнуть розбіжності між мережею практичних установ і експертних груп [7].

Отже, зайва криміналізація медичної діяльності, введення у кримінальне законодавство нових норм і складів злочинів, пов'язаних з

Чи витіснить державне обов'язкове медичне страхування комерційні страхові компанії з ринку послуг добровільного медичного страхування?

Як показує страхова практика в Україні, на рівні з обов'язковими видами страхування існують і добровільні види (ОСЦПВ та ДЦПВ, ОНВТ та НВТ, ін.), які не тільки доповнюють розмір страхової суми, але й розширюють програму страхування, дають можливість застрахованим особам користуватися більшим асортиментом послуг [1, 2].

Хоча комерційний ринок надає ширші можливості в отриманні медичних послуг, він вимагає більш суворого дотримання умов страхування. Тому, при укладанні договорів добровільного медичного страхування потрібно звертати увагу на пункт «Права і обов'язки застрахованої особи», адже страхові компанії, в рамках «Закону України про страхування», залишають за собою право розширювати такі вимоги та змінювати їх під час дії.

До переліку найпоширеніших обов'язків застрахованої особи, відносяться:

- надавати страховику достовірні відомості стосовно інформації, яку він вимагає при укладанні цього договору;
- повідомляти страховика про інші чинні договори страхування щодо даного предмету договору;
- при укладанні договору на вимогу страховика надавати йому інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (зокрема про захворювання, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, про наявність недієздатності або обмежені дієздатності тощо);
- повідомляти письмово страховика про інші чинні договори страхування щодо даного предмету договору і надалі письмово інформувати про всі договори страхування, що укладаються, з цим предметом договору;
- повідомляти страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені договором;
- виконувати всі рекомендації та призначення лікаря, приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку, існуючого в лікувальному закладі, а також дотримуватись усіх нормативно-правових актів, діючих в системі охорони здоров'я. В разі невиконання цих умов, страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я застрахованої особи, не здійснює відшкодування витрат по даному страховому випадку та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;
- повідомляти страховика протягом 48 годин або, якщо це неможливо, за найближчої нагоди, про отримання медичних послуг;
- надавати страховику заяву на здійснення страхової виплати, в разі

оплати медичних та інших послуг за власний рахунок, та документи, що підтверджують настання страхового випадку, та сплату послуг, в строк, не пізніше 30 календарних днів з дати настання страхового випадку, в разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 календарних днів від дня виписки із стаціонару;

– повернути страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо після здійснення страховиком цієї виплати стануть відомими такі обставини, що відповідно до чинного законодавства України, програми медичного страхування, або цього договору повністю або частково звільняють страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату;

– достовірно інформувати заклад охорони здоров'я та страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

– на вимогу страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин і причин страхового випадку і вартості наданої застрахованій особі медичної допомоги [1, 2, 3].

І це ще не повний перелік вимог, невиконання яких несе за собою право вимоги страховика у відмові в організації послуг або у страховій виплаті.

Список використаних джерел

1. Законодавство України про страхування. Збірник нормативних актів. / За редакцією професора П.Д. Біленчука, Президента ліги страхових організацій України О.Ф. Філонюка, Голови укрстрахнагляду І.В. Яковенка. – К.: Атака, 1999.

2. Заруба О. Страхова справа. Підручник / Заруба О. – К.: Знання, 1998.

3. Закон України «Про страхування» [Електронний ресурс]/Відомості Верховної ради України (ВВР), 1996 – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua>-Назва з екрану.

виявлено, що одним з пріоритетних напрямів успішного її розвитку є законодавче забезпечення функціонування первинної медичної допомоги у вигляді розроблення проекту Закону України про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини.

Список використаних джерел

1. Бабич О. Права пацієнта і лікаря в Україні // Управління закладом охорони здоров'я – 2012. – №2.

2. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://cpmsd3.kiev.ua/semeyna-meditsynu>

3. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170119_a.html

Мельниченко Анна Борисівни

Студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – старший викладач,

Хміль Ірина Юрївна

Кафедра судової медицини та

медичного права Національного

медичного університету імені О.О. Богомольця

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ВЧИНЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗЛОЧИНІВ

Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань [1].

Підставою кримінальної відповідальності є вчинення особою суспільно небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбаченого цим Кодексом [2]. Злочини, що вчиняються медичними працівниками у зв'язку зі здійсненням ними професійної діяльності, умовно можна поділити на такі:

- злочини проти життя і здоров'я особи (пацієнта);
- злочини проти прав особи (пацієнта);
- злочини у сфері господарської діяльності з медичної практики;
- злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів;
- інші злочини, вчинені медичними працівниками у зв'язку з їх професійною діяльністю [3].

Перша група злочини, які пов'язані з професійною діяльністю

2. Якщо пацієнт розраховує на добровільну додаткову увагу лікаря і не отримує її через те, що живе в іншому районі, він може змінити лікаря або відвідувати його, використовуючи особистий транспорт.

3. Однією з вимог до надавача медичних послуг є гарантоване забезпечення пацієнта іншим лікарем (тимчасово), якщо обраний постійний лікар хворіє, перебуває у відпустці або відсутній з інших причин.

4. Якщо пацієнт свідомо відмовляється підписувати декларацію, йому доведеться з власної кишені сплачувати лікування у сімейного лікаря (терапевта, педіатра).

5. Пацієнт має право поміняти лікаря. Зміна лікаря відбуватиметься автоматично шляхом підписання декларації про вибір іншого лікаря. Факт вибору нового лікаря автоматично анулює декларацію про вибір попереднього.

6. Якщо пацієнт підписує декларацію з іншим лікарем, то відповідні кошти надходять туди, де працює цей новий лікар, починаючи з наступного періоду (кварталу), і більше не перераховуються туди, де пацієнта обслуговували раніше.

7. Лікар не має права відмовитись у підписанні декларації з пацієнтом, якщо кількість його пацієнтів менша за визначену норму.

8. Перевіряти, чи відповідає робота лікаря вимогам Порядку надання первинної медичної допомоги, будуть територіальні органи Національної служби здоров'я (НСЗ). До її створення ці функції виконуватимуть працівники обласних департаментів охорони здоров'я, в чій обов'язки це введуть, і які матимуть відповідну кваліфікацію і ресурси. Територіальний орган відповідатиме за виконання угод між лікарем і пацієнтом у межах відповідної території. Пацієнти зможуть надавати скарги в територіальне управління НСЗ, для чого запровадять спеціальні зручні канали (гарячі лінії тощо).

9. В межах гарантованого пакету первинної медичної допомоги пацієнт отримуватиме все безкоштовно, незалежно від того, скільки відповідних процедур чи аналізів призначив лікар.

10. При бажанні кожен член родини може бути записаний до іншого лікаря (в тому числі діти).

11. Пацієнт може підписати декларацію лише з одним лікарем, але передбачена можливість міняти цей вибір.

12. Екстрену медичну допомогу надаватимуть за місцем перебування пацієнта незалежно від того, де він проживає і де перебуває його сімейний лікар. Якщо людині стає зле під час кількомісячного відрядження чи подорожі, вона зможе викликати швидку там, де стався цей випадок. Якщо ж ситуація не вимагає виклику «швидкої», сімейний лікар зможе надати консультацію у будь-який час телефоном [3].

Тож проаналізувавши сучасний стан сімейної медицини в Україні,

Гайнутдінова Ганна Андріївна

Студентка Харківського національного медичного університету

Науковий керівник – професор,
доктор медичних наук

Ольховський Василь Олексійович

Кафедра судової медицини,

медичного правознавства

ім. засл. проф. М.С.Бокаріуса

Харківського національного

медичного університету

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ У СПРАВАХ ВЧИНЕННЯ СТАТЕВИХ ЗЛОЧИНІВ

В Україні залишається великою кількістю статевих злочинів, які, безумовно, є проявом порушення прав людини. Отже, актуальним залишається питання про доцільність і правильність проведення судово-медичних експертиз у справах вчинення статевих злочинів, у тому числі й згвалтуванні.

Мета. Наголосити на важливості дотримання прав людини у проведенні судово-медичного оцінювання потерпілих від статевих злочинів та їх родичів.

Матеріали та методи. Проведено дослідження фотодокументів на базі архіву справ про згвалтування кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету та Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи за період 1953-1999 р.р. Опрацьовано та систематизовано отримані дані, здійснено їх кількісний та якісний аналіз. Також, здійснено вивчення літературних джерел з метою поглиблення даної інформації.

Результати. Здійснивши ретельний аналіз фотодокументів справ та ґрунтуючись на протоколах судово-медичної експертизи та криміналістики, нами звернено увагу на особливості тілесних ушкоджень, характерних для подібного типу суспільно небезпечних дій. Вагомим є той факт, що часто статеві злочини розглядалися лише в контексті порушення прав людини осіб жіночої статі, проте документи свідчать, що серед жертв була певна частка й чоловіків. Варто зазначити, що питання зазіхання на сексуальну, статеву та гендерну свободу людини є тяжким злочином, який, в подальшому, негативно впливає на фізіологічне та психологічне здоров'я людини, проти якої його було вчинено. Саме тому, лікар, який здійснює судово-медичну експертизу, має розуміти величину шкоди, заподіяної людині, проти якої було вчинено статевий злочин. Особливе місце посідає робота з родичами жертв, психологічний та

фізіологічний стан яких часто вимагає індивідуального підходу. Судово-медичне оцінювання варто проводити комісійно та обережно, аби не нашкодити і без того травмований психологічний стан жертви.

Висновки. Беручи до уваги особливий аспект етичності судово-медичної експертизи у справах вчинення статевих злочинів, ми вважаємо за доцільне дотримання експертами прав людини, регламентованих Конституцією України, Конвенцією про захист прав людини та основних свобод ООН та Ради Європи. Необхідним також є проведення психологічних тренінгів і лекцій спеціалістами у галузі психології, соціології та юриспруденції для практикуючих судових медиків.

Герасименко Дар'я Олександрівна

студентка Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Варуха Катерина Володимирівна

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

ПРОГРЕСИВНІ ЗМІНИ В ГАЛУЗІ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на засіданні 11 листопада 2015 року (протокол № 25) було розглянуто проект Закону України про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині (реєстр. № 2386а-1), авторами якого були народні депутати України Богомолець О.В., Корчинська О.А. та Продан О.П [1]. Даний законопроект є альтернативним проекту Закону України про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині (реєстр. № 2386а).

Вказаний законопроект має на меті забезпечення реалізації конституційного права громадян України на життя та охорону здоров'я шляхом удосконалення умов і порядку застосування в Україні трансплантації та здійсненні іншої, пов'язаної з нею діяльності. Для цього ними пропонується нова редакція Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» та вносяться відповідні зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я (стаття 47), Закону України «Про поховання та похоронну справу» (стаття 6) та Кримінального кодексу України (стаття 143) [2].

В Україні Закон «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (№ 1007-XIV), який регулює суспільні відносини у цій

Мальцева Катерина Іванівна

студентка Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

Науковий керівник – асистент,

кандидат медичних наук

Ергард Наталія Миколаївна,

Кафедра судової медицини та медичного права

Національного медичного університету

імені О. О. Богомольця

ПРАВА ПАЦІЄНТА В ГАЛУЗІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Без перебільшення можна сказати, що сьогодні в Україні проблема охорони здоров'я та рівня розвитку медицини – одна з провідних. Попри значну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, вони не врегульовують належним чином питання сучасної медицини, у тому числі питання взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Права пацієнта в Україні регламентовані низкою нормативних актів, Конституцією України, Цивільним кодексом України від 16 січня 2003 року № 435- IV (далі – ЦК) та Основами законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII [1].

Сімейну медицину, як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів. Головні із них:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я [2http://cpmsd3.kiev.ua/semeyna-meditsynu].

В динаміці розвитку сімейної медицини в Україні, можна виділити такі правові аспекти пацієнта у відповідній сфері:

1. Пацієнт має право обирати сімейного лікаря незалежно від місця реєстрації, виключно за своїм бажанням. Пацієнт і лікар підписуватимуть декларацію про вибір лікаря пацієнтом. При підписанні декларації кожен пацієнт зможе отримати копію Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого МОЗ. Цей Порядок чітко описуватиме, на яку гарантовану первинну медичну допомогу зможе розраховувати пацієнт і якими є обов'язки сімейного лікаря. Порядок надання первинної допомоги також міститиме перелік функцій, виконання яких має гарантовано забезпечити лікар. Цей перелік визначить, які конкретні види допомоги лікар має надати у разі потреби і на що може розраховувати пацієнт.

доводиться говорити про правомірність дій медика, існує необхідність об'єктивної оцінки проведеного лікування і визначення виду й ступеня відповідальності медичного працівника. Правопорушення завжди соціально шкідливе (те, що завдає шкоду особистим інтересам, суспільства, держави), протиправне (те, що порушує норми права), винне (те, що залежить від волі та свідомості суб'єкта), покаране (за його здійснення передбачені певні санкції) діяння. Серед законодавчого розмаїття основним документом для медичної галузі є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, статтею 34 передбачено, що лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму. У разі загрози життю хворого медичні працівники мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою надання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад. Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли наданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну (ст. 37). Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я, зашкодити процесу лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість ознайомлення з окремими медичними документами (ст. 39).

Висновок: Чинним законодавством України може бути передбачено інші права та пільги для медичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони надають медичну допомогу. Зазвичай додаткові права та пільги закріплюються колективним договором підприємства.

Список використаної джерел

1. Конституція України згідно до ст. 34, ст. 52, ст. 78, ст. 39. 2.
2. Аналіз юридичних публікацій за період 2012-2017 років Комітету з юридичного права.
3. «Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності», за редакцією академіка НАМН України, професора В.Ф.Москаленка, професора Б.В.Михайличенка. – К.: Медицина, 2011.

сфері, був ухвалений ще в 1999 році із того часу практично не зазнав змін. Однак, незважаючи на створене законодавче підґрунтя, можна констатувати, що трансплантація органів і тканин протягом останніх 10-12 років в Україні практично не розвивалася [3]. Так, за статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України протягом багатьох років щорічна загальна кількість проведених органних трансплантацій в Україні не перевищує 130-140 на рік. При цьому лише від 4-15% з них – це трансплантація завдяки використанню трансплантатів, отриманих від померлих осіб, що є вкрай недостатнім. Так, у 2014 році в Україні було здійснено лише 134 органні трансплантації, у тому числі 16 пересадок нирок (при щорічній потребі більше 2500); 17 пересадок печінки (при потребі 1000-1500). За останні 20 років в Україні проведено лише 8 трансплантацій серця (при загальній потребі 1000-1500 на рік) [4].

Кардинальною відмінністю цього законопроекту від альтернативного йому проекту закону № 2386а є те, що він не змінює існуючого нині в українському законодавстві принципу «чітко висловленої згоди» (або як його ще називають «презумпція незгоди») щодо посмертного донорства, а лише удосконалює юридичну процедуру отримання такої згоди з боку особи (чи її законного представника) та порядок її відкликання.

З прийняттям проекту Закону буде впроваджено нові стандарти регулювання діяльності, пов'язаної з трансплантацією, змінено систему державного контролю, підвищено рівень захисту інформації про донорів та реципієнтів. Законопроект передбачає створення при кожному закладі охорони здоров'я, що акредитований центральним органом виконавчої влади, який здійснює політику у сфері охорони здоров'я, спеціалізованих відділень трансплантації за міжнародними стандартами. У кожному такому відділенні також будуть вводитися етичні комітети, обов'язками яким буде перевіряти добровільність волевиявлення донорів, які готові віддати органи, контролювати діяльність закладів охорони здоров'я для запобігання порушення принципів добровільності і безкорисності під час здійснення трансплантації. Профільні лікарі проходять спеціальні курси у післядипломній академії тривалістю декілька тижнів. Також для достовірної констатації смерті мозку.

Зміни до чинного закону спрямовані на захист прав донора та реципієнта на однаково високих рівнях. Відповідно до Директиви ЄС № 2010/45/ЄС «Про стандарти якості та безпеки людських органів, призначених для трансплантації» від 2010 року основними принципами є принцип добровільності та безкорисності [2]. Отже, кожна особа має виважено прийняти рішення стосовно можливості стати донором після своєї смерті.

Таким чином, удосконалення законодавства у цій сфері шляхом внесення змін до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», Закону України «Основи законодавства

України про охорону здоров'я», Закону України «Про поховання та похоронну справу», Кримінально-процесуального кодексу України та Кримінального кодексу України мають на меті зменшення рівня смертності серед важкохворих людей та забезпечення реалізації конституційного та природного права людини на життя та охорону здоров'я.

Список використаних джерел

1. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині / О.В. Богомолець, О.А. Корчинська, О.П. Продан // [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56231

2. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині» / О.В. Богомолець, О.А. Корчинська, О.П. Продан // [Електронний ресурс] – Режим доступу до матер. закону: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56231

3. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини: Закон України від 16 липня 1999 № 1007-XVI // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 41. – Ст. 377.

4. Висновок Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я від 11.11.2015 р. / О.В. Богомолець // [Електронний ресурс] – Режим доступу до матер. висновку: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56231

Гладіліна Олена Володимирівна

Аспірант кафедри криміналістики

та судової медицини

Національної академії внутрішніх справ

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХИСТУ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

На сьогодні, у період реформування медицини набуває актуальності питання правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. На превеликий жаль, обізнаність медичних працівників щодо правового регулювання у медичній галузі дуже низька, що спричиняє різноманітні конфлікти. Для уникнення, а також зменшення негативних наслідків потрібно здійснювати навчання не тільки медичних працівників, але і юристів, які працюють у медичному закладі. Особливість медичної діяльності полягає у наявності великої кількості підстав щодо не задоволення пацієнтів наданням медичних послуг, що в свою чергу,

генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають, що медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності, встановлюються Міністерством охорони здоров'я України. Відповідальність за, дотримання зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладу охорони здоров'я і ті органи, яким надано право видавати ліцензію на провадження господарської діяльності в галузі охорони здоров'я.

Мета роботи: висвітлити сучасні тенденції правового законодавства у роботі медичних працівників, вивчити та проаналізувати правовий статус медичного працівника.

Матеріали та методи: витяги з законодавства України, опираючись на положення Конституції України згідно до ст. 34, ст. 52, ст. 78, ст. 39; аналіз юридичних публікацій за період 2012-2017 років.

Результати. Медичні і фармацевтичні працівники – зобов'язані: сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу; безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; поширювати, наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя; дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю; постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності; подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я. Одним із важливих питань, в галузі охорони здоров'я є юридична відповідальність за вчинення правопорушення. Дотримуючись точки зору, що юридична відповідальність – це застосування заходів державного примусу до особи, яка вчинила правопорушення, важливо зауважити, що цей підхід застосовується і до галузі, яка розглядається, – регламентації охорони здоров'я громадян. Зважаючи на збільшення кількості позовних заяв громадян щодо неналежного надання медичної допомоги, проблемам юридичної відповідальності медиків за професійні правопорушення треба приділяти більше уваги. Реалізація юридичної відповідальності досягається за рахунок використання правових засобів, що дозволяє здійснювати вплив права на суспільні відносини у сфері медичної діяльності. Як відомо, не всі медичні втручання закінчуються вдало, тобто одужанням пацієнта. У тих випадках несприятливих результатів, коли не

визначальними при формуванні та розвитку особистості медичного працівника;

– демографічний аспект – відображає стан захищеності медичних працівників залежно від їхнього віку, статі, сімейного стану;

– регіональний аспект – відтворює особливості зайнятості медичних працівників залежно від природних та економічних умов, історичних традицій, форм поселення, етнічного складу населення тощо [3].

Структуру основних напрямів політики щодо соціально-економічного захисту медичних працівників необхідно будувати за такими напрямами:

– оплата праці в системі охорони здоров'я;

– система регулювання зайнятості;

– соціальне страхування медиків;

– захист прав медичних працівників [3].

Отже, існує декілька взаємопов'язаних напрямів забезпечення та захисту прав людини у сфері медичної діяльності, які дозволяють ефективно і справедливо регулювати суспільні відносини, які виникають у медичній сфері.

Список використаних джерел

1. Система прав людини у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс].

– Режим доступу: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/medprav/lectures_stud/uk/stomat/ptn/Медичне%20правознавство/3%20курс/02.%20Система%20прав%20л%20юдини%20у%20сфері%20охорони%20здоров'я.htm

2. Шекера О.Г. Забезпечення прав людини у медичній галузі // О.Г. Шекера // Здоров'яє мужчини. – 2013. – № 2. – С. 23.

3. Беденко-Зваридчук О. Правовий статус медичного працівника в Україні / О. Зваридчук-Беденко // Практика управління медичним закладом. – 2012. – №3. – с. 58.

Литвинюк В.В.

студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрївна

Кафедра судової медицини та

медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВОВИЙ СТАТУС МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Актуальність. Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним, і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження

спонукає їх на звернення до адвоката за захистом своїх порушених прав та інтересів.

Основними причинами конфліктних ситуацій між лікарем та працівником є:

– неякісне надання медичної допомоги;

– відсутність довірчих стосунків з пацієнтом;

– не правильне призначення лікування, що призвело до медичної помилки;

– не належне оформлення медичної документації.

В Україні право громадян на охорону здоров'я та на отримання медичної допомоги закріплено у ст. 49 Конституції України [1], в якій зазначено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

У Основах законодавства України про охорону здоров'я та у Цивільному кодексі України закріплені основні соціальні та економічні засади забезпечення прав людини на охорону здоров'я [3, 4]. У свою чергу, відповідальність медичних працівників за неналежне виконання своїх обов'язків закріплена у Кримінальному кодексі України [2], а саме:

– ст. 131 – неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби;

– ст. 132 – розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби;

– ст. 134 – незаконне проведення абортів;

– ст. 137 – неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей;

– ст. 138 – незаконна лікувальна діяльність;

– ст. 139 – ненадання допомоги хворому медичним працівником;

– ст. 140 – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником;

– ст. 141 – порушення прав пацієнта. Проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть або інші тяжкі наслідки.

– ст. 142 – незаконне проведення дослідів над людиною;

– ст. 143 – порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини;

– ст. 144 – насильницьке донорство;

– ст. 145 – незаконне розголошення лікарської таємниці;

– ст. 151 – незаконне поміщення в психіатричний заклад;

– ст. 184 – порушення прав на безоплатну медичну допомогу;

– ст. 319 – незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних

засобів або психотропних речовин;

– ст. 368 – прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою.

Крім того, медичні працівники несуть цивільну, адміністративну, а також дисциплінарну відповідальність.

Що ж стосується прав медичних працівників, то за чинним законодавством вони мають чимало прав, але в дійсності, на практиці, вони є більш декларативними, ніж дієвими. Так, у ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я [4] зазначено, що медичні працівники мають право на належні умови провадження своєї професійної діяльності, на соціальні пільги. Утім, більшість прав не виконуються і не забезпечуються державою, що негативно відображається на відносинах лікаря та пацієнта.

Таким чином, для уникнення негативних наслідків, медичним закладам необхідно: по-перше, страхувати професійну діяльність медичних працівників; по-друге, організувати навчання медичних працівників у галузі права, у вигляді підвищення кваліфікації їх діяльності; по-третє, заключати договір на надання медичних послуг; по-четверте, проводити перевірки та навчання щодо заповнення медичної документації у відповідності до прийнятих нормативно-правових актів тощо. Що ж стосується обов'язків держави, то вона повинна забезпечити належні умови для здійснення професійної діяльності, у вигляді: фінансування медичних закладів, підвищення заробітної плати лікарям, внесення змін у законодавство, а також забезпечення соціальних гарантій.

Список використаних джерел

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України, 1996, № 30, ст. 141
2. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України, 2001, № 25-26, ст. 131
3. Цивільний кодекс України // Відомості Верховної Ради України, 2003, № 40-44, ст. 356
4. Основи законодавства про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України, 1993, № 4, ст. 19.

діяльності.

Права людини у сфері медичної діяльності – це передбачені міжнародними і внутрішньодержавними нормативно-правовими актами положення, що гарантують людині охорону здоров'я і надання медичної допомоги при виникненні захворювання [1].

Сьогодні у європейських країнах медичне право дозволяє на високому рівні здійснювати державну політику у сфері охорони здоров'я та детально визначати правовий статус усіх суб'єктів правовідносин, що виникають у сфері медичної діяльності. Одним з важливих питань, досліджуваних у рамках медичного права, є нормативно-правове забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності.

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

– загальний правовий статус громадянина в сфері медичної діяльності – це перелік прав, обов'язків і відповідальності, характерний для всіх громадян України;

– спеціальний правовий статус людини в сфері медичної діяльності – це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, притаманний окремим категоріям людей (вагітні і матері, неповнолітні, громадяни похилого віку та ін.);

– індивідуальний правовий статус людини в сфері медичної діяльності – це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, властивий конкретному індивіду [2].

Варто зазначити, що індивідуальний правовий статус людини – найбільш динамічний варіант правового статусу, оскільки він залежить від професії, віку, статі людини.

Необхідно також виділяти такі напрями забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності:

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

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

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

– інформаційний (діяльність засобів масової інформації, спрямована на інформування громадян про свої права) [2].

Розглянемо основні питання соціально-економічного захисту медичних працівників за такими аспектами:

– економічний аспект – віддзеркалює рівень зайнятості медичних працівників і є системою відносин щодо забезпечення робочими місцями, оплати праці та участю у розвитку економіки держави;

– соціальний аспект – характеризується чинниками, які є

працюють у державних закладах охорони здоров'я, згідно з Пунктом 6 в редакції Наказу МОЗ № 172 від 20.09.95 [1].

Отже, на сьогодні процедура використання певних лікарських засобів та виписування рецептів на них надто складна і тривала. Віддаленість лікувальної установи від пацієнта, особливо в сільській місцевості, ускладнює отримання своєчасно та в достатній кількості знеболювання пацієнтом. Ліки для повного тамування больового синдрому у хворих отримати доволі не просто через складну систему контролю, яка, на жаль, аж ніяк не сприяє полегшенню страждань хворих. Проте, така складна процедура практично не дає можливості використовувати наркотичні засоби не за медичним призначенням.

Список використаних джерел

1. Наказ МОЗ «Про правила виписування рецептів на лікарські засоби та виробу медичного призначення» №117 від 30 червня 1994 р.

2. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» № 333 від 13 травня 2013р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>

3. Закон України «Про порядок отримання спеціальних рецептурних бланків форми № 3 для виписування наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» № 238 від 04.10.2000 р.

Левченко О.С.

студент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрївна

Кафедра судової медицини та

медичного права Національного

медичного університету імені О.О. Богомольця

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ЗАХИСТ ПРАВ ЛЮДИНИ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Для фахівців з охорони здоров'я рівень правових знань має особливе значення не лише з точки зору формування загального правового світогляду, але й з огляду на можливість досягнення відповідного професійного рівня. У той самий час, не може бути повного розуміння медичного права без термінологічного визначення.

Медичне право – це комплексна галузь права, що включає сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини у сфері медичної

Двойнос Юлія Олександрівна

студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – асистент,

кандидат медичних наук

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця

ПРАВОВІ АСПЕКТИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДЛЯ ЛІКАРЯ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОГО ЕКСПЕРТА

Судово-психіатрична експертиза – це огляд експертами-психіатрами осіб, які є об'єктами судового процесу або перебувають у місцях позбавлення волі; один із видів судової експертизи [1].

Даний різновид експертизи використовують у разі сумнівів щодо психічної повноцінності осіб, що задіяні у судовому процесі. У таких випадках експерт повинен визначити характер захворювання, глибину і тяжкість хвороби для того, щоби вирішити питання, чи усвідомлює свої дії оцінювана особа і чи здатна ними керувати. Висновки такої експертизи мають характер самостійних судових доказів [2].

Предметом експертизи є визначення психічного стану осіб, що становлять інтерес для слідства та суду.

Об'єктами експертизи є:

– підозрювані, щодо яких в органах досудового розслідування виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності;

– обвинувачені та підсудні, щодо яких в органах досудового розслідування та суду виникли сумніви стосовно їх осудності або можливості за психічним станом брати участь у слідчих діях чи судовому процесі;

– свідки і потерпілі, щодо яких виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності;

– потерпілі, щодо яких вирішується питання про взаємозв'язок змін у їх психічному стані з вчиненими проти них протиправними діяннями;

– позивачі, відповідачі та інші особи, щодо яких вирішується питання про їх дієздатність;

– матеріали кримінальної або цивільної справи, медична документація, аудіовізуальні матеріали та інша інформація про психічний стан особи, щодо якої проводиться експертиза [3].

Під час виконання судово-психіатричної експертизи лікар, що її проводить має ряд обов'язків, прав та заборон, які направлені на урегулювання його діяльності та попередження неправомірних дій з його

боку.

Експерт зобов'язаний:

- з'явитися на виклик органу, який призначає експертизу;
- особисто досліджувати надані йому об'єкти і давати об'єктивний висновок поставлених питань;
- заявити про самовідвід за наявності підстав, передбачених законодавством, які виключають його участь у справі;
- повідомити у письмовій формі орган, що призначив експертизу, про неможливість проведення експертизи із зазначенням причин (ненадання об'єктів для проведення експертизи, ненадання додаткових матеріалів або надання матеріалів, що недостатні для вирішення питань, або питання, що ставлять перед ним, виходять за межі його компетенції [4]).

Експерт має право:

- ознайомитися з матеріалами справи, медичною документацією, які стосуються експертизи;
- порушувати клопотання про надання додаткових та нових матеріалів, необхідних для вирішення поставлених питань;
- з дозволу особи або органу, що призначили експертизу, бути присутнім під час проведення слідчих і судових дій, ставити питання особам, яких допитують;
- указувати у висновку експертизи на факти, що мають значення для справи і про які не були поставлені питання;
- оскаржувати в установленому порядку дії та рішення особи або органу, які призначили експертизу, унаслідок чого порушуються права експерта або порядок проведення експертизи;
- за наявності відповідних підстав на забезпечення безпеки [4, 5].

Експерту заборонено:

- самостійно збирати матеріали, які підлягають дослідженню, а також обирати вихідні дані для проведення експертизи, якщо вони відображені в наданих йому матеріалах неоднозначно;
- розголошувати без дозволу прокурора, слідчого дані досудового розслідування;
- контактувати (не передбачено порядком проведення експертизи) з будь-якими особами, якщо такі особи прямо чи побічно стосуються експертизи;
- зберігати кримінальні, цивільні та господарські справи, а також речові докази й документи, що є об'єктами експертизи, поза службовим приміщенням [1, 3].

Список використаних джерел

1. Процесуальні, органічні та етичні основи судово-медичної експертизи в Україні: навчальний посібник / М. В. Банчук, В. В. Войченко, Г. А. Зарицький, О. Ю. Петрошак; за заг. редакцією проф. В.Д. Мішалова.

забезпечуються препаратами наркотичних засобів та психотропних речовин лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та hospісної допомоги – що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби. Призначення таких препаратів на строк понад десять днів здійснюється лікуючим лікарем з обов'язковим обґрунтуванням необхідності подальшого застосування цих препаратів, про що робиться запис у медичній карті хворого. Листок призначень зберігається у медичній карті хворого. Для отримання препаратів наркотичних засобів та психотропних речовин з метою використання в умовах створеного стаціонару вдома хворий самостійно або особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), подає заяву на ім'я керівника лікувально-профілактичного закладу за формою згідно з додатком 3. Керівник закладу робить відмітку про погодження, після чого заява додається до медичної карти хворого. Лікар, який призначає препарати наркотичних засобів та психотропних речовин для лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, зобов'язаний проінформувати хворого або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника) про правила поводження з препаратами, недопущення їх використання не за медичним призначенням та видати хворому або особі, яка здійснює за ним догляд, інформаційний лист за формою визначеною МОЗ, про що робиться запис у медичній карті хворого [2]. Лікарі лікувально-профілактичних закладів, в т.ч. клінік науково-дослідних інститутів, медичних навчальних закладів, юридичні та фізичні особи, які займаються медичною практикою на підприємницьких засадах, інші лікарі чи уповноважені медичні працівники у порядку, передбаченому «Правилами виписування рецептів на лікарські засоби та виробу медичного призначення», при наявності відповідних показань зобов'язані виписувати хворим рецепти на лікарські засоби та виробу медичного призначення, завірені своїм підписом і особистою печаткою [3].

Рецепти повинні виписуватись латинською мовою із зазначенням віку хворого, порядку оплати лікарських засобів та виробів медичного призначення, форми вживання на бланках, віддрукованих у друкарні відповідно до форм, затверджених наказом Міністерством охорони здоров'я України від 30.06.94 № 117 [1]. В окремих випадках рецепт завіряється печаткою лікувально-профілактичного закладу, науково-дослідного інституту, медичних навчальних закладів. Для виписування наркотичних лікарських засобів і психотропних лікарських препаратів передбачений бланк рецепта форми № 3 [4].

Наркотичні лікарські засоби і психотропні лікарські препарати та наркотичні лікарські засоби у чистому вигляді або в суміші з індіферентними речовинами дозволяється виписувати тільки лікарям, які

woman can banally, for example, be unprepared for motherhood, and she is confident, that she is right. So, she knows about prosecution of abortion in the country, and, as a result, she asks for illegal abortion services or she will leave this newborn in hospital after giving him a birth. So, following this policy we are under danger of increasing number of orphans in the country and nothing more.

To sum up, we would like to underline, that in the sphere of abortion discussion, we have to create a special women' right to tell their points of view about such type of manipulations. Because of the fact, that just women exclusively could rationally decide how should be provided abortion policy in their countries.

Лабзіна Катерина Дмитрівна
студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Науковий керівник – доцент,
доктор медичних наук,
Біляков Андрій Миколайович,
Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВА ПАЦІЄНТІВ НА ОТРИМАННЯ НАРКОТИЧНИХ ТА ПСИХОТРОПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

На сьогодні існує проблема отримання хворими лікарських засобів, що містять наркотичні речовини, тому питання встановлення механізму отримання пацієнтами наркотичних та психотропних препаратів є актуальним, враховуючи, що існує, як проблема отримання хворими лікарських засобів, що містять наркотичні речовини, за станом здоров'я, так і попередження потрапляння даних речовин до пацієнтів, які використовуватимуть їх не за медичним призначенням.

Існують випадки, коли наркозалежні пацієнти звертаються до лікарів і вимагають рецепт на наркотичні або психотропні речовини, керуючись тим, що вони мають на це право. Проте це не так, адже препарати наркотичних засобів та психотропних речовин призначаються лікарями або в установлених МОЗ випадках фельдшерами відповідно до медичних показань. Призначення наркотичних засобів та психотропних речовин хворим, яким медична допомога надається в стаціонарних умовах, здійснюється в листку призначень за формою, визначеною МОЗ, з обов'язковим записом у медичній карті такого хворого [1].

Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах,

– К., 2010. – 243 с.

2. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: монографія. – Львів; Астролябія, 2007. – 244 с.

3. Основы медицинского законодательства Украины: учеб. пособие / И.Ю. Хмиль, Б.В. Михайличенко, А.И. Артеменко. – К.: ВСИ «Медицина», 2011. – 240 с.

4. Комаров О.І. Основы права України. – К.: Здоров'я, 2004. – 304 с.

5. Герасименко О.І. Словник-довідник термінів судової медицини. – К.: Ін Юре, 2002. – 484 с.

Денисюк Максим Володимирович

студент Національного медичного університету імені О. О. Богомольця Медичного факультету №3

Науковий керівник – асистент

Артеменко Олексій Іванович

Кафедра судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця

СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ

Студентське самоврядування – це право і можливість студентів самостійно вирішувати питання навчання і побуту, захисту прав та інтересів студентів, а також брати участь в управлінні вищим навчальним закладом (далі – ВНЗ) [1, ст. 1]. Студентське самоврядування в Університеті є важливою складовою навчально-виховного процесу формування спеціаліста, що спрямована на зростання соціальної активності, ініціативи і відповідальності [2].

Незважаючи на розгалуженість внутрішньої структури студентського самоврядування в Україні існує проблема із соціально активним студентством. Станом на 2009/2010 навчальний рік чисельність студентів ВНЗ становила 2599,4 тис. осіб. На жаль, аналіз стану свідчить, що більшість студентів не бере участь у громадському житті. Так, за даними соціального дослідження «Становище студентської молоді України»: близько 77,5% студентської молоді взагалі нічого не знають про громадські організації або дізнаються із засобів масової інформації; лише 4,9% студентів є членами громадської організації і беруть активну участь у її діяльності; 2,5% є членами громадських організацій і беруть участь в окремих заходах; тільки 13,5% студентів є членами молодіжних організацій, а кількість тих, хто нічого не знає про такі або дізнається про них із засобів масової інформації становить 65,5%. Невтішними є й цифри щодо активності студентського самоврядування в молодіжному середовищі. Відповідно до вищезгаданого соціального опитування про

діяльність студентського самоврядування знають 56,5% опитаних, з яких 22,2% – «активісти» студентського самоврядування, а 34,3% «обізнані» про студентське самоврядування, водночас 38,5% респондентів зазначили, що вони взагалі «необізнані» про студентське самоврядування [3, ст. 133-134].

Студентське самоврядування здійснюється відповідно до Конституції України, законів України, інших актів законодавства, Статуту ВНЗ, Положення про студентське самоврядування ВНЗ та інших актів, прийнятих відповідно до нього [1].

Метою студентського самоврядування є захист прав та інтересів студентів, забезпечення їх участі в управлінні вищим навчальним закладом, а також створення можливостей для гармонійного інтелектуального і творчого розвитку студентства, сприяння соціально-громадській активності здобувачів вищої освіти. Діяльність органів студентського самоврядування спрямована на удосконалення навчального процесу, підвищення його якості, забезпечення виховання духовності та культури студентів, зростання у студентській молоді соціальної активності [2].

Основними завданнями студентського самоврядування є:

- захист прав та інтересів студентів у відносинах із адміністрацією ВНЗ, органами державної влади, органами місцевого самоврядування, їх посадовими і службовими особами;
 - участь в управлінні ВНЗ, зокрема через представників у керівних, робочих та дорадчих органах, органах громадського самоврядування ВНЗ;
 - сприяння навчальній, науковій та творчій діяльності студентів;
 - сприяння поліпшенню умов проживання та побуту студентів;
 - надання інформаційної, правової, фінансової (матеріальної) допомоги студентам;
 - залучення студентства ВНЗ до формування та реалізації державної і регіональної молодіжної політики, політики у сфері освіти;
 - співробітництво із студентським самоврядуванням інших ВНЗ, громадськими та іншими неприбутковими організаціями (крім тих, діяльність яких має політичне чи релігійне спрямування).
- Органи студентського самоврядування ВНЗ мають право:
- брати участь в обговоренні та вирішенні питань удосконалення освітнього процесу, науково-дослідної роботи, призначення стипендій, організації дозвілля, оздоровлення, побуту та харчування студентів;
 - брати участь в управлінні вищим навчальним закладом у порядку, встановленому законодавством та статутом ВНЗ;
 - брати участь у заходах (процесах) щодо забезпечення якості вищої освіти;
 - делегувати своїх представників до робочих, дорадчих органів ВНЗ, його структурних підрозділів;

Larysa Kupriianova

candidate of medical sciences;

associate professor of the Department of sport and rehabilitation in the Chernomorsk National University of Petr Mogila

Daryna Kupriianova

student of the 3d year of the Opole National University on the faculty of Law

THE RIGHT OF PREGNANCY INTERRUPTING (ABORTION MANIPULATION): WHETHER IT IS DECISION OF WOMAN, EITHER RELIGION, OR, FINALLY, GOVERNMENTAL FORCE?

The problem of abortion is relevant worldwide. Now we would like to discuss more briefly factors, that are prevail in this sphere.

If we speak about politics or presenters of Catholic Church, we can emphasize just the fact, that mostly they are lobbying one or another point of view in the question of abortion, by hiding their real thoughts under the veil of increasing of demographic level, after prosecution of abortion manipulation.

According to presenters' of the church point of view, we can underline, that mostly, they speak about "right for the life" of unborn person, so, they look into abortion manipulation under the prism of theory, which tells, that abortion is one of the types of killing. The most acute position in the question of abortion we can see in points of view of presenters of Arabic states or countries with strict Catholicism domination (here we can tell about Poland as well).

In few countries we can find legislation, which strictly precise, when abortion manipulation can be provided, and when it is prosecuted.

Mostly, influence of social and economical factors, as well as gender features are interrelated. In the states with law standards of living, we can tell about banal absence of knowledge in the sphere of contraceptives. Partly, the same situation we can see in countries, where giving a birth to girls are not such privileged, as giving a birth to boys (but this society's prejudice is existed by the fact of absence of possibility for early diagnostic of the fetus' gender).

But, why we speak about it under the prism of such factors and social prejudices? Why we do not want to ask for women' point of view?

Because of the fact, that, generally, prosecution of the abortion is not eliminate abortion manipulation from our lives. This manipulation are existed and "abortion tourism" is a really thriving sphere of illegal economy. Moreover, the number of after abortion complications is increasing from day to day.

Why, at the time of anti-abortion discussion, nobody wants to ask a woman about her thoughts in this sphere? Mostly, if just woman in this situation is doomed to the risk of complications after illegal abortion manipulation? Why we do not think about her health, future, or about her psychical emotions after such manipulation finally? Why nobody does not think about the fact, that this

та світовий досвід свідчить, що саме заклади паліативної допомоги, спираючись на комплексний підхід, спроможні найбільш дієво реагувати на потреби онкохворих та їх родичів, сприяти поліпшенню якості життя. Паліативна допомога – це підхід, метою якого є покращення якості життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням, а також членів його родини шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню та точному діагностуванню, застосуванню заходів за больового синдрому та інших проблемах – фізичних, психосоціальних та духовних. В Україні паліативна допомога включена до структури національної системи охорони здоров'я. Необхідність запровадження та визнання права на паліативну допомогу для онкохворих у термінальній стадії підтверджується в низці міжнародних документів, зокрема п. 9 Рекомендації № 1418 (1999) про захист прав людини та гідності невиліковно хворих та помираючих тощо. Так, відповідно до статті 10 Лісабонської декларації про права пацієнта останній має право на гуманний догляд у разі невиліковної хвороби та надання можливостей для гідного і найменш болючого відходу з життя. У п. 2 Резолюції Парламентської асамблеї Ради Європи № 613 про права хворих та помираючих 1976 року також наголошується, що помираючі пацієнти бажають померти в мирі та з гідністю (якщо це можливо), комфортно та за підтримки своєї родини й друзів. Як відзначають дослідники, основними проблемами, пов'язаними з наданням паліативної допомоги в Україні, є такі: – більшість хворих отримують лише відповідну соціально-побутову підтримку, спеціалізованої ж медичної допомоги вони не мають; – проблема надання паліативної допомоги особам, які не знаходяться в хоспісах (у тому числі брак хоспісів; доступ до хоспісної допомоги осіб, які проживають у сільській місцевості; доступу до знеболювальних препаратів для онкологічних хворих).

Список використаних джерел

1. Громадське здоров'я : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева [та ін.]; за ред. В. Ф. Москаленка. – 3-е вид. – Вінниця: Нова Книга, 2013 – С. 154-155

2. Деякі аспекти забезпечення прав на медичну допомогу онкохворих в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.academia.edu/11824295/>.

- самостійно визначати порядок організації своєї діяльності, приймати відповідні акти з цього питання;
- вносити пропозиції щодо змісту навчальних планів і програм та організації навчального процесу;
- вносити пропозиції щодо розвитку матеріальної бази ВНЗ, у тому числі з питань, що стосуються побуту та відпочинку студентів;
- сприяти формуванню умов для реалізації інноваційних ідей студентів, організовувати заходи з підтримки інноваційної діяльності студентів ВНЗ;
- отримувати приміщення та техніку від адміністрації для здійснення своїх повноважень;
- вільно формувати та висловлювати свою думку з усіх питань діяльності ВНЗ;
- розпоряджатися майном та коштами, виділеними в установленому порядку на діяльність органів студентського самоврядування;
- самостійно вирішувати питання про погодження рішень, визначених чинним законодавством.

Органи студентського самоврядування провадять свою діяльність на рівні ВНЗ та факультетів (інститутів).

Органами студентського самоврядування на рівні ВНЗ є:

- конференція студентів ВНЗ;
- виконавчий орган студентського самоврядування ВНЗ (студентська рада ВНЗ, студентський парламент ВНЗ, студентський сенат ВНЗ, студентський уряд ВНЗ тощо);
- студентська виборча комісія ВНЗ;
- контрольно-ревізійна комісія.

Органами студентського самоврядування на рівні факультету (інституту) можуть бути:

- виконавчий орган студентського самоврядування факультету (інституту) (студентська рада факультету (інституту));
- студентський парламент факультету (інституту);
- студентський сенат факультету (інституту);
- студентський уряд факультету (інституту).

Органи студентського самоврядування ВНЗ зобов'язані звітувати про свою діяльність, в тому числі фінансову, перед вищим органом студентського самоврядування ВНЗ [1, ст. 1-3].

Отже, враховуючи, що студентське самоврядування займається захистом прав та інтересів студентів, забезпеченням їх участі в управлінні вищим навчальним закладом, а також створенням можливостей для гармонійного інтелектуального і творчого розвитку студентства, сприянням соціально-громадській активності здобувачів вищої освіти; підвищення можливостей органів студентського самоврядування щодо впливу на керівництво ВНЗ; малу кількість студентів в участі

громадського життя, та не обізнаність студентства у діяльності органів самоврядування, то постає необхідність у все більшому залученні студентів до активного громадського життя.

Список використаних джерел

1. Типове положення про студентське самоврядування у вищому навчальному закладі. Розроблене та затверджене на Всеукраїнському студентському форумі «Студентське самоврядування: проблеми та перспективи», 2015. – 13 с. – Режим доступу: <http://mon.gov.ua/activity/education/vishha/studentske-samovryaduvannya/korisni-materiali.html>.

2. Студентське самоврядування. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця – 2016. Режим доступу: <http://nmu.ua/zagalnovidomosti/fakultety/stomatologichnyj/studentske-samovryaduvannya/>

3. Студентська молодь України: сучасний вимір. Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2008 року). – К.: Мін-во України у справах сім'ї, молоді та спорту. Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді, 2009. – 164 с. – Режим доступу: www.kmu.gov.ua/sport/control.

Samuel James

Student Medical Faculty No. 2.

Kyiv Medical University.

Supervisor – Professor

Babkina Olena Petrivna

Doctor Of Medicine,

Forensic Medicine Faculty,

Bogomolets National Medical University

PRIMARY CARE IN UKRAINE

In 1992, the Laws of Ukraine about health protection adopted by the Ukrainian Parliament, identified priority development of primary health care. Since then the Ukraine began to develop the regulatory framework for the widespread introduction of primary care. Departments for training of family physicians and professional associations were established. This introduction of a system of family medicine in the Ukraine began rather late in comparison with the countries of Central and Eastern Europe and even some countries of the former Soviet Union started earlier. Ukraine has developed a network of primary care (centers of primary health care and ambulatories) mainly based on already available polyclinics and other medical institutions. Repairs were made in a lot of ambulatories, financially supported by subsidies from the state budget

Міністерством охорони здоров'я України та є обов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я. Нормативно-правове регулювання питання забезпечення прав на медичну допомогу онкохворих в Україні здійснюється переважно через впровадження державних програм.

Право на забезпечення необхідними та достатніми лікарськими засобами. Відповідно до Закону № 1637-VII від 12 серпня 2014 року, було впроваджено спрощену процедуру державної реєстрації лікарських засобів, призначених для лікування онкологічних захворювань, які зареєстровані компетентним органом Сполучених Штатів Америки, Швейцарії, Японії, Австралії, Канади або Європейського Союзу. Рішення про реєстрацію або відмову в реєстрації лікарського засобу приймається в семиденний термін. Серед питань забезпечення лікарськими засобами для онкохворих окремо стоїть проблема доступності знеболювальних препаратів для онкохворих. Для вирішення цього складного завдання розроблено цілу низку медикаментозних шляхів та методів впливу на таке страждання, найефективнішим із яких є фармакотерапія із застосуванням наркотичних (опіюїдних) анальгетиків. Невідкладність зняття болю в онкологічних хворих IV клінічної групи диктується медичними та деонтологічними чинниками. Деонтологічний принцип передбачає, що навіть якщо життя хворого неможливо врятувати, то зняти біль, зменшити його страждання можливо й необхідно. Так, відповідно до національного законодавства обіг опіюїдних анальгетиків регулюється насамперед Законом України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів» та низкою інших нормативно-правових документів, зокрема Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я» № 11 від 21 січня 2010 року. Відповідно до таких міжнародних документів, як Декларація щодо забезпечення прав пацієнта в Європі (п. 5.10), Європейська Хартія прав пацієнтів (стаття 11), Лісабонська декларація про права пацієнта (стаття 10) пацієнт має право на уникнення страждань і болю на кожному етапі свого захворювання згідно із сучасним рівнем існуючих знань в області медицини. Всесвітньою медичною асоціацією розроблені принципи лікування хворих із важким хронічним болем. Коли пацієнт смертельно хворий, лікар повинен спрямувати зусилля на полегшення страждань. Відповідно до зазначених положень міжнародних документів та національного законодавства, що визначає та гарантує права людини, у такого пацієнта виникає право на отримання знеболювального, що є однією з форм лікування. Це можна визначити як приватні інтереси пацієнта.

Право на паліативну допомогу онкохворим в Україні. Онкологічним хворим, особливо на термінальному періоді життя, потрібна кваліфікована медична та психологічна допомога. Вітчизняний

– забезпечення планового лікування онкологічних хворих лише в спеціалізованих онкологічних закладах (інститутах, центрах, диспансерах).

Правовий статус онкологічних хворих за законодавством України. Відзначасмо, що, оперуючи нормативною термінологією, неможливо говорити про окрему категорією суб'єктів – онкологічних хворих. Відповідно до положень Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Цивільного кодексу України кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Враховуючи особливу природу та характер протікання онкологічних захворювань, можливо вести мову про необхідність акцентування на *inter alia* таких прав пацієнта: право на медичну допомогу; право на забезпечення необхідними лікарськими засобами, у тому числі доступу до знеболювальних лікарських засобів та право на паліативну допомогу онкологічними хворими.

Право на медичну допомогу є одним із прав людини, що закріплено як на рівні багатьох міжнародних договорів (Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 року, Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод 1950 року), так і на рівні конституцій більшості країн Європи та світу. В Україні такими основами виступає стаття 49 Конституції України та положення профільного закону – Основ законодавства України про охорону здоров'я. Відповідно до статті 6 згаданого закону кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає *inter alia*, кваліфіковану медичну допомогу. Правове забезпечення права на медичну допомогу онкохворих осіб можна розглядати в контексті питання доступу та доступності медичної допомоги. У цих умовах необхідно забезпечити право хворих на повноцінне життя, гарантувати можливість проведення вчасної діагностики та спеціального лікування, поліпшення якості життя хворим, реабілітацію, паліативну допомогу та адекватне знеболення. І, на жаль, досить рідко трапляються випадки повного одужання хворих. При цьому основним завданням під час надання медичної допомоги онкохворим особам може бути невиліковування від хвороби, а максимально можливе продовження життя хворих.

В Україні медична допомога надається відповідно до галузевого законодавства та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. До них, зокрема, належать медичні стандарти, клінічні протоколи, таблиці матеріально-технічного оснащення тощо. Щодо онкологічних захворювань, то в Україні затверджені протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія», що є уніфікованими документами, які визначають вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність. Такі протоколи розробляються і затверджуються

and local finances. This Primary Care network received basic equipment, including the purchase of vehicles for the family doctors. In 2012 a payment system was introduced based on capitation payment and allowances for additional services (immunizations, x-ray, screening tests for certain cancers, etc.). However, these changes were only the beginning and the basis for further change. According to the Ukrainian legislation, a family physician in larger towns has to provide medical care to 1500 citizens and in the smaller villages to 1200 citizens of any age. More than 5000 family medicine clinics have been organized all over the country, especially in rural areas. Unfortunately, many of them are “re-named” polyclinics and rural hospitals with poor equipment. The economic support of the primary health care system remains inadequate. The state spends only 5-7% of the whole health care budget for primary health care, which is not reaching the targeted 30%. Some problems of regulatory support and the efficient functioning of primary health care remain unresolved, including the decision what proportion of public funds should be allocated to finance primary health care, too complicated mechanism of economic incentives, lack of regulations regarding the role of nurses in providing primary care, many of the facilities have problems with equipment, geographical accessibility and limited availability of transport. Partly because of prevailing struggle between primary and secondary level of health care for leadership and impact on the budget allocation. Local governments are not always considering the functioning and development of primary health care among its priorities. Interns preparing to become a Family doctor in Ukraine are spending for two years of internship, and internists and pediatricians receive only an extra six-month course to become family doctors. Proposed short-term retraining courses for family doctors provoke mistrust of the population to the new specialty. Doctors also fear to be retrained and to be burdened with more responsibility for the patients as a family doctor. One must learn what knowledge family doctors are lacking in order to improve retraining program with the specialty program, to introduce additional courses (distance learning, short cycles) and to consider the possibility of involvement of technical assistance from international organizations. If trust of patients to family doctors does not rise, they continue to avoid the primary level, ignoring the formal rules. The coming years the government should focus on equipping, repair and adjustment of primary healthcare facilities. Family physicians will continue to be trained at universities and at six-month training courses for pediatricians and internists. Stimulating the introduction of payment for performance is now difficult to apply in practice. In the absence of a reliable administration of patient information, a Family Doctor doesn't know the number of patients attached to his/her practice, their age distribution and disease patterns and in addition the follow up of the performance of Family Doctors on certain quality indicators is impossible. Therefore, in the coming years, the work with the introduction of an electronic registry will continue despite a number of difficulties: imperfect

software, recording patient data into the database, unreliable protection of personal data and medical information of patients and others.

Reference

1. https://books.google.nl/books?id=d_aSDAAAQBAJ&pg=PA99&dq=https://www.scanmyessay.com/?utm_source=ukessays-essays&utm_medium=banner&utm_content=bot_banner
2. <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-ukraine>

Samuel James

Student Medical Faculty No. 2.

Kyiv Medical University.

Supervisor – Professor

Babkina Olena Petrivna

Doctor Of Medicine ,

Forensic Medicine Faculty,

Bogomolets National Medical University

THE DEVELOPMENT OF PRIMARY CARE IN NIGERIA

An effective primary care system is critical for any country, developed or developing, to maximize outcomes and minimize costs.^{8, 9} Accurate and relevant data gathering and information processing are necessary for any field of endeavour whether in health care or any other field. It has long been recognized that clinical issues in primary care in Nigeria are different from those in other types of care. For example, the predictive values of symptoms may be quite different in different settings and clinical evidence derived from other settings may have limited applicability to primary health care and delivery. This is due not only to differences in the prevalence of specific diseases, but also to the fact that patients in primary care have many problems and the clinician must prioritize the diagnosis and management of all of these together over time, often in a setting where continuity of care plays a crucial role.¹⁰ Primary care is the backbone of Nigeria health system. Primary care plays a vital role in deployment of all resources through appropriate channels in promoting, maintaining as well as improving health. All these confirm the definition of primary health care which states that “essential health care based on practical, scientifically sound, as well as socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them and at a cost that community and country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self determination. It forms an integral part of both the country’s health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. It is the first

або ж, якщо така можливість є вичерпаною, переводять до IV клініко-статистичної групи диспансерного обліку.

Суть диспансеризації полягає у своєчасному обстеженні хворих, що закінчили лікування з приводу раку; проведенні їм реабілітації та симптоматичної терапії; нагляді за хворими з інкурабельними пухлинними хворобами; коригуванні симптоматичної терапії, що проводиться сімейними лікарями.

Загальні рекомендації щодо періодичності диспансерного нагляду включають : перший огляд хворого через місяць після завершення радикального лікування; в перший рік обстеження не рідше 1 разу в 3 місяці; протягом 2-3-го років не рідше 1 разу на 6 місяців; в подальшому не рідше 1 разу на рік.

До завдання онкологічного закладу охорони здоров’я належить:

– прийом та надання кваліфікованої медичної допомоги (амбулаторної та стаціонарної) хворим на злоякісні новоутворення, з передпухлинною патологією та з підозрою на злоякісне новоутворення відповідно до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 17 вересня 2007 року №554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія»»;

– забезпечення дотримання строків своєчасного початку лікування та госпіталізації онкологічних хворих;

– здійснення та забезпечення повного обліку онкологічних хворих на території обслуговування з використанням сучасних інформаційних технологій, забезпечення функціонування канцер-реєстру онкологічних хворих;

– постійний моніторинг і аналіз онкоепідеміологічної ситуації в адміністративно-територіальній одиниці та на цій основі подання пропозицій щодо розвитку онкологічної мережі та підвищення ефективності протиракової боротьби структурними підрозділами з питань охорони здоров’я;

– надання консультативно-методичної допомоги з питань профілактики, своєчасного виявлення злоякісних новоутворень та передпухлинних захворювань, лікування та диспансерного нагляду за онкологічними хворими;

– забезпечення диспансерного нагляду за хворими на злоякісні новоутворення та контроль за його якістю;

– забезпечення ліжками для лікування онкологічних хворих до 3,5 на 10 тис. населення або 123,3 на 1000 вперше виявлених;

– забезпечення обстеження усіх хворих, які лікуються в стаціонарах, та хворих, які вперше протягом поточного року звернулись за амбулаторною допомогою, на наявність злоякісних пухлин та передпухлинних захворювань у строки, установлені стандартами та протоколами діагностики і лікування онкологічних хворих;

організаційно-методичне керівництво закладами загальнолікувальної мережі щодо діагностики і лікування хворих на передпухлинну патологію, а також своєчасної діагностики, адекватного лікування та обліку хворих на злоякісні новоутворення.

Найважливішою особливістю системи охорони здоров'я в Україні є наявність спеціалізованої онкологічної служби, що охоплює все населення, і державної системи реєстрації раку, яка існує в країні з 1932 року. Надання спеціалізованої онкологічної допомоги здійснюється в онкологічних медичних установах різного рівня підпорядкування, у т.ч. 25-ти обласних, які виконують реєстрацію всіх виявлених випадків раку, облік і диспансерне спостереження онкологічних хворих, що проживають на території, що обслуговується. За діючою в Україні державною системою реєстрації раку при виявленні нового випадку онкологічного захворювання або підозри на рак лікар медичної установи має заповнити сигнальну форму "Повідомлення про хворого із вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" (Ф. №090/о) і направити її в 3-денний строк до обласного онкологічного диспансеру за місцем прописки хворого.

В онкологічному диспансері повідомлення перевіряються, хворий може бути запрошений на обстеження. При підтвердженні онкологічного діагнозу заповнюється «Реєстраційна карта хворого зі злоякісним новоутворенням» (Ф. №030-6/о). Надалі до цієї карти вносять відомості про лікування й спостереження хворого. Також реєстраційна карта може бути заведена на підставі «Виписки з медичної карти стаціонарного хворого злоякісним новоутворенням» (Ф. №027-1/о), яка має бути відіслана лікувальною установою, що здійснювала лікування хворого, до обласного онкологічного диспансеру за місцем прописки хворого в 10-денний термін, або на підставі відомостей ЗАГС про померлого від раку. Така система забезпечує, з одного боку, отримання інформації про виявлені випадки захворювання в масштабі країни, і, з іншого боку, подальше проведення диспансеризації, оновлення й накопичення інформації про онкологічних хворих.

Таким чином, кожен онкологічний хворий, який взятий на облік, підлягає диспансерному спостереженню, а контроль за хворим здійснюється за формою № 030-6/о. Диспансеризація онкологічних хворих передбачає не тільки регулярне спостереження за хворими, але й активне проведення лікувально-профілактичних заходів, скерованих на відновлення їх здоров'я. Особливо велике значення вона має у роботі з хворими, що отримали радикальне лікування. Це III клініко-статистична група хворих вилікуваних хірургічним, променевою або комбінованим методом. У випадках виявлення у цих хворих у процесі диспансерного спостереження рецидиву або метастазу пухлини їх знову відносять до II клініко-статистичної групи для поновлення протипухлинного лікування

level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of a continuing health care process"¹¹. This implies that patients or individuals have a direct access to the appropriate source of care. It equally shows that it deals more with common and well defined problem in a community setting as well as affordable. Though, the development of primary care in Nigeria has improved immensely but it still shows some major defects. The concept of primary health care (PHC) was formulated by the 134 countries that met at the Alma-Ata conference in Russia on September 12, 1978 which was organized by the World Health Organization. Primary health care is a part of the three-tier system of health care in Nigeria. These are the tertiary health care, which the federal government is in charge; the secondary health care, under the auspices of the state government and the primary health care, controlled by the local governments. In the late 1980s there was a national initiative to overhaul the primary health care system through the adoption of a new national health policy, in the context of which the federal and state governments issued directives giving local government areas full jurisdiction over the delivery of primary health care services.^{1, 2} The local Government, the State Government and the Federal Government respectively are responsible for all financial aspects, including personnel costs, consumables, running costs and capital investment. The Federal government through the federal ministry of health sets overall policy goals, co-ordinates activities, ensures quality, training and implements sector programmes. "Primary health care according to the world health organization means essential health care based on practical scientifically sound and socially acceptable methods and technology, made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost which the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self reliance and self determination. It is the first level contact of the individual and community in the national health system, thus bringing health care as close as possible to where people live and work and contribute the first element of a continuing health care process"³. It is essentially aimed to promote health, to cure diseases and to rehabilitate. Nigeria is one of the few countries in the developing world to have systematically decentralized the delivery of basic health and education services to locally elected governments.

The evidence base for primary care orientated health care system

Primary care - that is, care from the viewpoint of the doctors who has been in contact exclusively to the patients appearing for care- has apparent limitation. From the evidence given by the World Bank table and world health report 2000. It shows that Nigeria is one of the very poor countries. It has a clear symptom of imbalance between resources in poor performance, deteriorating facilities and low working moral among staff. There a high mortality rate in child and adult. The structures of the economy have fallen from 2004, raised a little bit in

2005 and remain constant between 2006 and 2007. This shows that due to lack of adequate resources in will affect the orientation of the health care system.

Reasons for the current status of primary care within the health care system

1. The coverage is inadequate: it is estimated that 54% of the population have access to the modern health care services. The rural communities and the urban poor are not well served due to inadequate staff and infrastructure.

2. Lack of basic health data is a major constraint at all stages of planning, monitoring and evaluation of health services.

3. The basic infrastructure and logistic supports are often defective owing to inadequate buildings maintenance, medical equipment and vehicles and unreliable supply water and electricity also poor management of medicines, vaccines and other supplies system.

4. The financial resources allocated to the primary care services, especially to some priority areas are inadequate to permit them to function effectively.

In conclusion: Primary health care in Nigeria have evolved through a series of historical developments. Though, it is the backbone of Nigeria health system but has been judged to be unsatisfactory and inadequate in meeting the needs and demand of the public as reflected by the low state of health of the population. The population should abide by principles primary health care based on equity and justice. However, if the services are available accessible as well as acceptable to and affordable by every individual, community and the nation; if the masses concentrate on solving those health problems that take the greater toll of life.

Reference

1. <https://www.ukessays.com/essays/health/concept-of-primary-health-care-in-nigeria.php>

Крутченко Валентина Юрївна

студентка Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

**Науковий керівник – професор,
доктор медичних наук**

Михайличенко Борис Валентинович,

завідувач кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

**ПРАВА ОНКОХВОРИХ НА ОТРИМАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

Україна належить до країн, де рівень онкологічної захворюваності і смертності є надзвичайно високим. У нашій державі рак є причиною 15% смертності і поступається за показниками тільки серцево-судинним захворюванням. За останні 10 років в Україні відмічається стійке зростання онкологічної захворюваності. Тому лікування онкологічних захворювань – один із головних пріоритетів державної політики в системі охорони здоров'я, що передбачає своєчасне забезпечення хворих необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Організація надання допомоги хворим з онкологічною патологією ґрунтується на положеннях «Основ законодавства України про охорону здоров'я», Декларації прав онкологічних хворих (1991 р.), Паризькій хартії (2000 р.), які гарантують право хворих вести повноцінне життя в умовах, що забезпечують їх цінність і гідність, ранню діагностику і спеціальне лікування, медичну, психологічну, соціальну і трудову реабілітацію, а також паліативну допомогу та адекватне знеболювання.

В Україні існує єдина система організації онкологічної служби, яка має республіканську (державну), обласні та периферійні ланки. У Міністерстві охорони здоров'я України передбачено посаду головного онколога, який очолює організаційні та методичні заходи, що здійснюються в межах країни. Методичне керівництво онкологічною службою України здійснює Інститут Раку АМН України. В обласних центрах функціонують обласні онкологічні диспансери (в деяких великих містах – міські) – спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади для надання онкологічної допомоги населенню: всього більше 40 закладів, в т.ч. 25 обласних онкологічних диспансерів. Первинною ланкою онкологічної допомоги населенню України є близько 700 онкологічних кабінетів, які організовані в територіальних навчальних закладах. Адміністративно онкологічний кабінет підпорядкований головному лікареві поліклініки, на базі якої він розміщений, методично-онкологічному диспансеру. Найважливішою функцією онкологічних диспансерів і кабінетів поряд із лікувально-профілактичною роботою є

5) алкогольная кардиомиопатия (увеличение размеров и массы сердца (свыше 400 г.), дряблый миокард, утолщение стенки ЛЖ (более 1,6см) ПЖ (более 0,5 см), сглаженность талии сердца, атрофия кардиомиоцитов, очаги лизиса кардиомиоцитов и склероз, исчезновение поперечной исчерченности миофибрилл, пикноз ядер в гипертрофированных кардиомиоцитах); 6) алкогольная нефропатия (увеличение почек в размерах, отеочность и набухание почек, напряжение фиброзной капсулы, широкий бледно-серый корковый слой, темно-красные пирамиды, кровоизлияния в интермедиарной зоне, жировая, гиалино-капельная дистрофия эпителия канальцев, неравномерное расширение просвета канальцев, отек, лейкоцитарная инфильтрация стромы, некроз эпителия проксимальных и дистальных канальцев).

Таким образом, наличие комплекса вышеуказанных макро- и микроморфологических признаков указывает на токсическое действие алкоголя и характеризует танатогенез алкогольной болезни. Кроме этого, данная работа открывает перспективы секционной диагностики алкоголизма и его стадий. В настоящее время работа продолжается, проводятся вскрытия трупов лиц, страдавших хроническим алкоголизмом, и составляется таблица признаков.

Список использованных источников

1. Недзьведь М.К. Патологическая анатомия : учеб пособие / Недзьведь М. К., Черствый Е. Д. – Минск : Выш. шк., 2011. – 640 с.
2. Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 560 с : ил.
3. Струков А.И. Патологическая анатомия : учебник / Струков А. И., Серов В. В.. – 5-е изд., стер. – М.: Литтерра, 2010. – 880 с.
4. Лисицин Ю.П. Алкоголизм: Социально-гигиенические аспекты / Лисицин Ю.П., Копыт Н.Я. – Изд. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1983. – 264 с.

Дука Денис Олександрович

студент Харківського

Національного медичного університету

Науковий керівник – доцент,

кандидат медичних наук

Бондаренко Владислав Вікторович

Кафедра судової медицини, медичного

правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса

Харківського національного медичного університету

ВРАХУВАННЯ КОНСТРУКЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАМПЕРІВ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗИ АВТОМОБІЛЬНОЇ ТРАВМИ

Наїзд автомобіля на пішохода є одним з найпоширеніших видів дорожньо-транспортних пригод. При цьому, у першу фазу наїзду спостерігається удар бампером автомобілю по нижнім кінцівкам людини, внаслідок чого виникають контактні бампер-ушкодження – садна, синці, рани та переломи [1]. Рівень бампер-ушкоджень відповідає рівню розташування бамперу автомобіля, що вдало використовується при розслідуванні дорожньо-транспортних пригод, зокрема, при ідентифікації автомобіля. Однак, нерідко трапляються ситуації, коли автомобіль зникає з місця події та його необхідно шукати по комплексу ознак – вид, марка, колір, наявність різноманітних ушкоджень та інше. При цьому, однією з ідентифікуючих ознак є висота бамперу автомобілю [2].

Згідно з Наказом №6 МОЗ України «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України» від 17 січня 1995 року, при судово-медичній експертизі трупів з підозрою на транспортну травму, судово-медичному експерту необхідно зробити додаткові заміри від місця ушкоджень на тілі до підшовної поверхні стоп. При цьому висота ушкоджень на тілі поряд з висотою взуття буде відповідати рівню бампера автомобілю [3]. Але судово-медичний експерт не має жодної інформації про рівень розташування бамперів автотранспортних засобів, що ускладнює його уявлення про характер ДТП.

З метою подальшої ідентифікації бампер-ушкоджень, нами були зроблені заміри бамперів легкових автомобілів 27 марок, що пересуваються вулицями м. Харкова. Заміри було зроблені стандартною рулеткою від дорожнього покриття до найбільш виступаючої частини бамперу. Отримані дані дозволили виділити три загальні групи автомобілів: 1 група – 40-49 см, 2 група – 50-59 см, 3 група – 60-66 см (табл. 1).

Таблиця 1

№ з/п	Марка автомобілю	Висота переднього бамперу
Група 1 (висота бамперу 40-49 см)		
1	Chevrolet Aveo	48
2	Lada Priora Хэтчбек	46
3	Daewoo Sens	49
4	Opel Vectra b	48
5	Mercedes-Benz 350	47
6	Ford Sierra	44
7	Porsche Panamera	40
Група 2 (висота бамперу 50-59 см)		
1	Ford Fusion	54
2	BA3-2110	56
3	ЗАЗ Славута	51
4	LADA Granta	54
5	Honda Civic	53
6	Honda Accord	60
7	Skoda Octavia	57
8	Chevrolet Lacetti	58
9	Mazda 3	58
10	Audi A6	58
11	Kia ceed	57
12	Volkswagen Passat B3	54
13	Audi 100	56
Група 3 (висота бамперу 60-66 см)		
1	Ford Focus	60
2	BMW 5	66
3	Hyundai Solaris	62
4	Audi Q3	63
5	LADA Largus Cross	61
6	Toyota Corolla	60
7	BMW 3	65

Окрему групу склали 10 марок автомобілів позашляховиків, конструкційні особливості яких відрізняються від легкових автомобілів, а висота бамперу складає від 60 до 86 см (табл. 2).

и слущивание поверхностного эпителия); 2) атрофический гастрит (истончение, атрофия, склероз слизистой оболочки, уменьшение количества и размера желез, атрофия желез, кишечная метаплазия и дисплазия поверхностного эпителия слизистой оболочки); 3) дуоденит (отечность и утолщение слизистой оболочки, дистрофия, десквамация эпителия, гиперплазия бокаловидных клеток, мелкие эрозии и кровоизлияния); 4) язвенная болезнь желудка (многочисленные, округлой или овальной формы глубокие дефекты слизистой оболочки с плотными валико-приподнятыми краями); 5) синдром Меллори-Вейса (поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка); 6) начальные признаки алкогольной энцефалопатии (умеренно выраженный отек мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга, уменьшение числа и уплощение тел нейронов, дистрофические изменения белого вещества); 7) начальные признаки жирового гепатоза (незначительное увеличение печени, тестоватая консистенция, закругление переднего края печени, мелко- и крупнокапельная жировая дистрофия, дислокация ядра и органелл гепатоцитов на периферию жировыми каплями, клетки перстневидной формы, центробулярное или перипортальное ожирение гепатоцитов).

Вторая стадия алкоголизма характеризуется: 1) внешний вид трупа (умеренная атрофия мышц конечностей и истощение, одутловатость и синюшность кожи лица, шеи, верхней части груди (признак Курдюмова), расширение и полнокровие сосудов соединительнотканых оболочек глаз, выраженный отек конъюнктивы); 2) жировой гепатоз (более выраженные признаки 1-й стадии, серо-желтый цвет); 3) хронический панкреатит (незначительное увеличение размеров и уплотнение поджелудочной железы, единичные или множественные кисты, протоки железы расширены, очаги некроза, атрофия паренхимы, разрастание соединительной ткани, диффузно-очаговые обызвествления); 4) алкогольная энцефалопатия (помутнение и набухание мозговых оболочек, отек ткани мозга, сглаженность извилин мозга в области лобных и височных долей, уменьшение числа нейронов, сохранившиеся нейроны гиперхромные, с длинными извитыми апикальными дендритами, уплощение тел нейронов, появление клеток-теней, признаки нейронофагии). 3-я стадия алкоголизма характеризуется: 1) внешний вид трупа (петехиальные кровоизлияния в кожу лица, груди, желтушность кожных покровов, иктеричность склер, расширение поверхностных вен передней брюшной стенки, асцит); 2) цирроз печени (уменьшение размеров печени, плотная консистенция печени, желто-серый цвет печени, зернистая или мелкобугристая поверхность, узлы менее 1 см в диаметре, разделены прослойками соединительной ткани); 3) алкогольная энцефалопатия (см. 2-ю стадию); 4) хронический панкреатит (уменьшение размеров поджелудочной железы, плотная консистенция, см. 2-ю стадию)

потерпілих (63,8%) характеризуються некритичністю, погано розуміють можливість тяжких наслідків. Психологічно неврівноважені, аморальні в поведінці, в деяких випадках тяжко сприймають матеріальні, побутові, житлові труднощі. У медичному відношенні безграмотні. У пошуках здійснення кримінального абортів – ініціативні й наполегливі. Рівень правосвідомості середній, близький до низького. З дослідження встановлено, що всі жінки мали мотив – небажання мати дитину [3].

Список використаних джерел

1. Лебедева О. Артифициальные аборты у девочек-подростков: профилактика осложнений и реабилитация репродуктивной функции/ О. Лебедева //Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3. – С. 145-146.
2. Завальнюк А.Х. Судово-медична експертиза статевих станів та при статевих злочинах // Лекція для студентів. – Тернопіль, 1998.
3. Черевко К. Кримінально-правова та кримінологічна характеристика потерпілої від незаконного проведення абортів //Юридична Україна. – 2009. – № 2. – С. 98-105.

Кривуля Анна Дмитриевна

*студентка Харківського
національного медичного університету*

Научный руководитель – доцент

Бондаренко Владислав Викторович

*Кафедра судебной медицины, медицинского
правоохранения им. засл. проф. Н.С. Бокариуса*

Харківського національного медичного університету

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЭТАНОЛА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

В судебной-медицинской практике отсутствует единый экспертный подход к секционной диагностике алкогольной болезни. Как правило, в качестве причины смерти, указывается диагноз «токсическое действие алкоголя» (код 51.0 по МКБ-10), что никак не отражает танатогенеза алкогольной интоксикации. **Цель работы** была в установлении комплекса морфологических признаков, характерных для алкогольной болезни. В ходе работы нами была проанализирована морфологическая картина алкоголизма по стадиям [1-4].

Первая стадия алкоголизма характеризуется следующей морфологической картиной: 1) катаральный гастрит (утолщение, отечность, выраженная гиперемия слизистой оболочки с множественными мелкими кровоизлияниями, большое количество слизи, эрозии, дистрофия

№ з/п	Марка автомобілю	Висота переднього бамперу
Позашляховики та кросовери (висота бампера 60-86 см)		
1	Ssangyong korando	74
2	Porsche Cayenne	69
3	Volkswagen Touareg	73
4	Mercedes-Benz ML 350	70
5	BMW X5	72
6	Nissan QASHQAI	58
7	Mitsubishi Pajero	82
8	Nissan JUKE	61
9	Volkswagen Tiguan	60
10	УАЗ Патриот	86

Таким чином, ми отримали інформацію про рівень бамперів легкових автомобілів та позашляховиків, що дозволить нам започаткувати у Харківському обласному бюро судово-медичної експертизи банк експертних даних про конструкційні особливості автомобілів, які теоретично можуть бути учасниками дорожньо-транспортних пригод. Ця інформація буде використовуватись при проведенні судово-медичних експертиз.

Список використаних джерел

1. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы / А.А. Солохин. – М. : Медицина, 1968. – 237 с.
2. Афанасьев Л.Л. Конструктивная безопасность автомобиля : учебное пособие / Л.Л. Афанасьев, А.Б. Дьяков, В.А. Илларионов. – М.: Машиностроение, 1983. – 212 с. ил.
3. Плевинскис П.В. Исходные данные и алгоритм работы экспертов при проведении комплексных судебно-медицинских и транспортно-трассологических экспертиз в случаях наезда автомобиля на пешехода / П.В. Плевинскис // Судово-медична експертиза. – 2013. – № 2. – С. 8-11.

Ергард Наталія Миколаївна

*асистент кафедри судової медицини та
медичного права НМУ імені О.О. Богомольця,
кандидат медичних наук*

Андрейко Андрій Борисович

*лікар судово-медичний експерт гістолог
відділу судово-медичної гістології
Київського міського клінічного
бюро судово-медичної експертизи*

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВВЕДЕННЯ В УКРАЇНІ РЕЄСТРУ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДЛЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

Цукровий діабет є розповсюдженим захворюванням в Україні. Так, за даними ВООЗ, на нього хворіє близько 3% населення Землі, значну частину серед усіх хворих становлять діти. При статистичному прогнозі захворювання цукровим діабетом набагато поширеніше, ніж серед тих, хто звертається за медичною допомогою [1].

Згідно з Наказом Кабінету Міністрів України від 05.03.2009 року №247 «Деякі питання забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну» Міністерство охорони здоров'я України повинно було розробити реєстр хворих на цукровий діабет і наказом МОЗ України від 28.05.2009 року №365 такий реєстр був створений. Це надає можливість ввести, зберегти та актуалізувати облікові дані пацієнтів, ідентифікувати хворих на цукровий діабет I та II типу, сформувані узагальнені статистичні та аналітичні дані стосовно показників захворюваності, інвалідності, смертності та факторів, що впливають на перебіг хвороби [2].

І досі, зустрічаються випадки, коли ознаки цукрового діабету діагностуються після смерті пацієнта, лише за допомогою гістологічних методів дослідження. Так, у судово-медичного експерта, при дослідженні трупа, не завжди наявна необхідна медична документація, у якій буде підтверджено наявність цукрового діабету як супутнє захворювання, тому часто ознаки цього захворювання можливо виявити тільки при гістологічному дослідженні внутрішніх органів.

Наводимо клінічний випадок виявлення ознак цукрового діабету після смерті особи:

При дослідженні внутрішніх органів, під час судово-медичного розтину тіла жінки 1940 року народження, морфологічних ознак, які б свідчили про наявність цукрового діабету не виявлено. Підшлункова залоза на розрізі темно-рожевого кольору, часточкова, підвищеного кровонаповнення, в'яла, набрякла. Легені на дотик тістуваті; на поверхні їх крововиливів не виявлено. Тканина легень на розрізі темно-червоного

кримінальним порушенням [1]. Операція штучного переривання вагітності повинна проводитись в акредитованих закладах охорони здоров'я, а є випадки, коли аборти проводяться у домашніх умовах, службових приміщеннях, непрофільних медичних закладах, за допомогою недозволених або заборонених засобів чи способів. Це все є порушенням прав пацієнтів при проведенні абортів і є незаконним.

Суб'єктом злочину, передбаченого ч. 1 ст. 134 КК, є особа, яка досягла 16-річного віку і не має спеціальної медичної освіти. Це можуть бути: 1) лікарі, тобто особи, які отримали вищу медичну освіту, однак не мають спеціальної медичної підготовки і за характером своєї професійної діяльності не уповноважені на проведення операцій штучного переривання вагітності (наприклад, лікарі-стоматологи, окулісти); 2) особи середнього медичного персоналу (медичні сестри, акушерки, фельдшери тощо) або студенти медичних навчальних закладів; 3) особи, які не мають жодного відношення до медицини. КК не передбачає відповідальності жінки за штучне переривання своєї вагітності.

Суб'єктом злочину, передбаченого ч. 2 ст. 134 КК, крім зазначених категорій осіб, можуть бути особи, які мають спеціальну медичну освіту, тобто лікарі, акушери-гінекологи. Незаконний аборт визнається кваліфікованим, якщо його проведення спричинило тривалій розлад здоров'я, безплідність чи смерть пацієнта. Способи переривання вагітності, що зустрічаються найчастіше при кримінальному аборті, поділяються на 3 групи: загальна дія на організм (підняття важкої речі, тривала гаряча ванна, прийняття препаратів ріжків, хініну, токсичних речовин тощо); введення в матку стороннього предмета з метою пошкодження плідного яйця (катетера, бужа, в'язальної спиці, гусячої пір'їни, олівця, стеблини чи кореня рослини тощо); впорскування в порожнину матки різних рідин (мильної води, розчину соди, сулеми, карболової кислоти, оцету, спирту, йоду, перманганату калію). Основними причинами процесу віктимізації потерпілої від незаконного проведення абортів є: неграмотність (неосвіченість) жінок як у сексуальному (підлітки, що недавно пізнали «доросле життя»), так і в медичному відношенні; аморальний спосіб життя (проституція, випадкові статеві зв'язки тощо); вимушеність здійснити незаконний аборт із причин, що не залежать від них.

Наприклад, внаслідок незапланованої вагітності, яка виникла в результаті неефективності контрацепції; потреба приховати факт вагітності та його наслідки з метою збереження сім'ї. Наприклад внаслідок подружньої зради; вимушеність здійснити незаконний аборт у зв'язку із «безвихідною» ситуацією. Наприклад, відсутність соціальних умов для виховання дитини, небажання ризикувати втратою роботи або заробітку тощо; свідоме використання абортів як засобу для «запобігання вагітності» [2]. За морально-психологічними якостями більшість

27. Подготовка и назначение судебных экспертиз по уголовным и гражданским делам: Пособие для следователей, судей и адвокатов. – Мн.: НИИПККиСЭ, 1994.

28. Потапова Л.Ф. Использование диффузно-контактного метода в судебно-баллистической экспертизе. – М., 1987.

29. Самсонов Г. А. Экспертиза охотничьих ружей с целью установления возможности выстрела без нажатия на спусковой крючок // Теория и практика криминалистической экспертизы. № 5. – М., 1958.

30. Скрылев И. КС-23 наш полицейский карабин // Мастер ружье. – № 1. – М., 1997.

31. Современные методы установления дистанции (расстояния) выстрела // Экспертная техника. № 100. – М., 1988.

32. Сонис М.А. и др. Методические рекомендации по судебно-баллистической экспертизе. – М., 1979.

33. Тихонов Е. Н. Судебно-баллистическая экспертиза: Учебное пособие. – Барнаул, 1991.

34. Янин Ю. Пять лучших армейских дробовых ружей. // Ружье. – № 2. – М., 1996.

35. Ярочкин В. Оружие гражданское, служебное, боевое. – М.: Безопасность предпринимательства, 1996.

Крестовнікова Ксенія Сергіївна

Студентка Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Науковий керівник-асистент,
кандидат медичних наук

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АБОРТУ

В Україні офіційно в рік роблять 250 тисяч абортів. Країна вже увійшла в п'ятірку держав, що лідирують за кількістю переривань вагітності. Але більше лякає те, що є аборти, кількість яких офіційно не фіксується і внаслідок цього виникло поняття «кримінальний аборт». Трапляються випадки, коли вагітні жінки поступають в лікарню увечері, їм проводять операції з приводу переривання вагітності і одразу відпускають додому, не фіксуючи їх поступлення в жодні документи. Проводять штучне переривання вагітності у пацієнок віком до 14 років або у недієздатних осіб без заяв їх законних представників, що є

кольору, повнокровна, з піннявим, кров'яним відокремлюванням Тканина нирок на розрізі рожево-коричневого кольору з темно-червоними пірамідами. Межа між шарами добре виражена. Поверхня печінки гладка, консистенція еластична, тканина на розрізі червоно-коричневого кольору, повнокровна. Тканина головного мозку без особливостей. Проте, при мікроскопічному дослідженні гістологічних зрізів тканин головного мозку, легенів, печінки та нирок, були виявлені ознаки цукрового діабету: у *головному мозку* виявлено гіаліноз стінки судин речовини (фото 1); у *легенях* серозний набряк, циркулярний склероз з гіалінозом стінки судин (фото 2); у *нирках* ознаки дифузно-нодулярного діабетичного нефросклерозу з гіалінозом артерій та артеріол (фото 3); у *печінці* різнокрапельний жировий гепатоз вакуольні полі ядра гепатоцитів (фото 4).

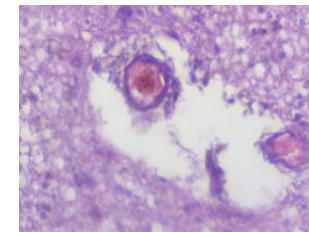


Фото 1. Головний мозок. Гіаліноз судинних стінок речовини. 36.X40

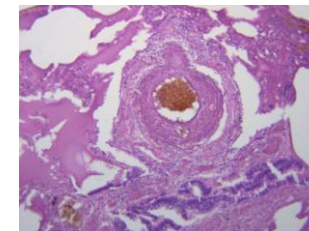


Фото 2. Легеня. Серозний набряк, циркулярний склероз з гіалінозом судинної стінки. 36.X10

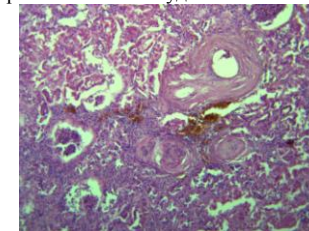


Фото 3. Нирка. Склероз з гіалінозом артерій, артеріол, повний або фрагментарний. 36.X10

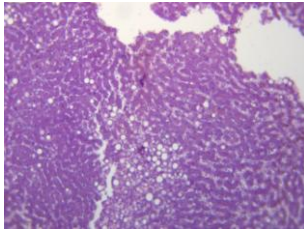


Фото 4. Печінка. Різнокрапельний жировий гепатоз Вакуольні ядра. Зб.Х10

Отже, виходячи з вищенаведеного, наявність цукрового діабету при розтині за макроскопічними ознаками не завжди можна встановити, проте, за допомогою гістологічного методу дослідження їх можна виявити або підтвердити. Наявність реєстру хворих на цукровий діабет допомагає органам досудового розслідування надати судово-медичному експертові необхідні дані для підтвердження наявного захворювання, якщо іншу медичну документацію надати не можливо.

Список використаних джерел

1. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов // Болезни центральной нервной системы. – М.: Медицина, 1979. – С. 320-354.
2. Медичний портал «Здоров'я України» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/article/18150-tcukrovij-dabet-obgovoryumo-problemudo-vseshnogo-dnya-dabetu>
3. Закон України «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на цукровий діабет» №914/16930 від 29.09.2009 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0914-09>

К.: КИЙ, 2006. – 456 с.

Кофанов А.В. Методи дослідження ушкоджень, завданих гладкоствольною вогнепальною зброєю на різних перешкодах // Вісник Луганського інституту внутрішніх справ МВС України, Луганськ: ЛІВС України, 1998. – № 3. – С. 152-162.

13. Кофанов А.В. Вплив перешкод на характер вогнепальних пошкоджень // Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих вчених. Збірник наукових праць. – Харків: УВС 1997. – № 3. – С. 71-76.

14. Кофанов А.В. Методи дослідження пошкоджень, завданих гладкоствольною вогнепальною зброєю на різних об'єктах // Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих вчених. Збірник наукових праць. – Харків: УВС МВС України, 1997. – № 4. – С. 76-86.

15. Кофанов А.В. К вопросу классификации новых видов гладкоствольного огнестрельного оружия // Криміналістичний вісник. Науково-практичний вісник. – К.: ДНДЕКЦ МВС та НАВС України, 2002. – № 4. – С. 83-87.

16. Кофанов А.В. Теоретичні та практичні аспекти криміналістичного дослідження гладкоствольної вогнепальної зброї. Автореф. дис. канд. юр. наук. – К., 2000. – 19 с.

17. Криминалистическое исследование огнестрельного оружия: Методическое пособие для экспертов, следователей и судей. – М.: ВНИИСЭ, 1987.

18. Криминалистическая экспертиза: Учебник для слушателей по подготовке экспертов-криминалистов. – Вып. 5. – М., 1967.

19. Кустанович С. Д. Судебная экспертиза. – М.: Госюриздат, 1956.

20. Ладин В.Н. Судебно-баллистическое исследование атипичного ручного огнестрельного оружия и следов его действия: Методическое пособие для экспертов-криминалистов, следственных, судебных и оперативных работников. – К., 1969.

21. Лазари А.С., Сонис М.А., Шлюндина И. Н. Схема решения задачи определения расстояния выстрела. – М., 1986.

22. Малов О. Тромблон для киллера? // Оружейный двор. – № 2. – М., 1996.

23. Мураховский В. И., Федосеев С. Л. Оружие пехоты. Справочник. – М.: Арсенал Пресс, 1992. – 390 с.

24. Методика встановлення належності виробів до категорії мисливських (спортивних) гладкоствольних рушниць. – К.: НКМР трасології та судової балістики МІО. – К., 1999.

25. Методика производства судебно-баллистических экспертиз. – М., РФЦСЭ МІО РФ, 1997.

26. П. ДЖ. Кокалис. Тук, тук... кто там? // Солдат удачи. – № 9. – М., 1996.

під час огляду місця події, пов'язаного із використанням гладкоствольної вогнепальної зброї, та за наявності осипу шроту або картечі після здійсненого пострілу, вже на місці події можна приблизно визначити вид гладкоствольної вогнепальної зброї і дистанцію, з якої було здійснено постріл. Маючи таку інформацію, експерт-криміналіст одразу ж може зорієнтувати у правильному напрямку учасників слідчо-оперативної групи на розшук того чи іншого виду гладкоствольної вогнепальної зброї. Розглянуті вище теоретичні та методичні основи, а також результати проведених експериментальних досліджень дозволяють сформулювати концептуальні засади методики визначення дистанції пострілу.

Список використаних джерел

1. Біленчук П. Д., Кофанов А. В., Сулява О. Ф. Зброєзнавство: Правові основи обігу вогнепальної зброї. Монографія. – К.: BeeZone, 2004. – 464 с.
2. Біленчук П. Д., Кофанов А. В., Сулява О. Ф. Балістика: Дослідження вогнепальної зброї. Криміналістичне вогнестрільне зброєзнавство: Підручник. – К.: BeeZone, 2003. – 384 с.
3. Вісник Верховного Суду України, № 4 (32), 2002 р.
4. Гущин В. Ф. Криминалистическое исследование причин и условий выстрелов из охотничьих ружей без нажатия на спусковой крючок. – К., 1967.
5. Егоров А.Г. Установление дистанции и направления выстрела из охотничьего ружья и рассеиванию дроби. Учебное пособие. – Волгоград: Высшая следственная школа, 1982.
6. Егоров Б.В., Кириченко В.В. Основы криминалистического исследования огнестрельного оружия и следов его применения. – Л., 1988. – 25 с.
7. Ермоленко Б.Н. Определение расстояния выстрела из дробового оружия и кинетической энергии снаряда, Ред.изд.отдел МВД УССР. – К., 1974. – 52 с.
8. Ермоленко Б.Н. Оценка следователем и судом заключения об отождествлении оружия по пулям // Криминалистика и судебная экспертиза. – Вып.3. – К., 1966.
9. Ермоленко Б.Н. Теоретические и методические проблемы судебной баллистики, М.: РИО МВД УССР, 1976.
10. Іщенко А. В., Грищенко О. В., Ігнат'єв І. В., Назаров В. В. Пістолети та револьвери призначені для відстрілу патронів споряджених металевими снарядами «несмертальної дії», та набої до них. Судово-балістичний довідник. – К.: Воєнне видавництво України «Варта», 2005. – 208 с.
11. Кофанов А.В. Криміналістичне дослідження гладкоствольної вогнепальної зброї. Монографія. – К.: КИЙ, 2005. – 192 с.
12. Кофанов А. В. Криміналістична техніка. Навчальний посібник. –

Слісєєва А.М.

Студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – асистент

Варуха Катерина Володимирівна

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

ДВАДЦЯТЬ ПЕРШЕ СТОЛІТТЯ ТА ПРИМУСОВА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЛЮДИНИ

Примусова стерилізація – це урядова програма, яка передбачає проведення примусової хірургічної чи хімічної стерилізації людей. Про недопустимість таких дій свідчить те, що за Римським статутом Міжнародного кримінального суду ці програми визначають як злочин проти людства. Масштабна та систематична стерилізація людей широко застосовувалася в минулому столітті, що було пов'язано, по-перше, з поширеністю постулатів еugenіки, а по-друге, з наявністю, так званої, «каральної психіатрії». Найчастіше такі програми проводили стосовно жінок (особливо жінок з ВІЛ-інфекцією, представниць корінного населення та національних меншин), осіб з різними вадами розвитку, трансгендерів і гермафродитів.

Наразі людство відходить від цієї практики, і примусово стерилізувати людей можна лише за рішенням суду. У більшості країн підставами для цього можуть бути вчинення особами тяжких злочинів сексуального характеру (Польща, Чеська Республіка) або наявність певних соматичних або психіатричних захворювань (Велика Британія). Проте питання законності таких методів «лікування» все одно залишається дискусійним. Особлива актуальність проблеми полягає ще й у тому, що досі в деяких країнах (Російська Федерація) примусово стерилізувати людей можна навіть без відповідного рішення суду.

Україна вийшла з переліку таких держав лише нещодавно. 14 листопада 2017 року Верховна Рада України у другому читанні прийняла законопроект № 4449, який був спрямований на покращення захисту прав людини у сфері психіатрії. Серед іншого змінено було й порядок примусової стерилізації пацієнтів з психіатричними порушеннями. Раніше у Параграфі 5 Статті 281 «Право на життя» Цивільного кодексу України було зазначено: «Стерилізація може відбутися лише за бажанням повнолітньої фізичної особи. Стерилізація недієздатної фізичної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна, з додержанням вимог, встановлених законом». Відтепер, відповідно до прийнятого закону останній пункт визнано таким, що не відповідає європейським стандартам.

Недобровільною стерилізацією фізичних осіб також занепокоєна й міжнародна спільнота. Так у спільній заяві Управління Верховного комісаріату Організації Об'єднаних Націй (ООН) з прав людини, структури «ООН-Жінки», Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу, Програми розвитку ООН, Фонду ООН у галузі народонаселення, Надзвичайного фонду ООН у галузі допомоги дітям і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Усунення примушеної, насильної та будь-якої іншої недобровільної стерилізації» сказано, що неприпустимо є стерилізація фізичної особи, без її повної, добровільної та інформованої згоди. При цьому, перед проведенням процедури, людина повинна проконсультуватися з відповідними спеціалістами та розуміти, що результати втручання незворотні; це є хірургічна операція, яка завжди становить певний ризик для здоров'я; можливе виникнення побічних ефектів; і стерилізація не захищає від інфікування ВІЛ і будь-якими іншими захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом.

Проте не дивлячись на те, що цю проблему визнають на рівні міжнародних організацій і агентств, рівень суспільного занепокоєння залишається досить низьким. Отже, для досягнення позитивних результатів у вирішенні питання примусової стерилізації необхідно: сприяти обізнаності населення та працівників сфери охорони здоров'я щодо прав людини (і пацієнтів зокрема), проводити навчання для медичних спеціалістів з цієї проблеми, а також, найголовніше, сформулювати чіткі та зрозумілі юридичні норми, щодо обов'язкової необхідності повної, добровільної та інформованої згоди на стерилізацію фізичної особи, на міжнародному рівні.

Список використаних джерел

1. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO (2017). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilisation*. [online] Geneva: World Health Organisation. Available at: <http://www.unaids.org/>

2. Title, *Rome Statute of the International Criminal Court* (last amended 2010). Publisher, UN General Assembly. Author, UN General Assembly. Publication Date, 17 July 1998. Topics, Crimes against humanity | International courts and tribunals.

3. Герлант У. Евтаназія – злочин націонал-соціалістів // Вісник Асоціації психіатрів України. – 2013. – №2.

4. Иванюшкин А. Я. *Профессиональная этика в медицине (философские очерки)* / АМН СССР. – М.: Медицина, 1990. – С. 197. – 224 с.

5. Цивільний кодекс України Цивільний кодекс КНИГА ДРУГА Глава 21 (ст.281-293) Стаття 281 «Право на життя».

бойової та спеціального призначення вогнепальної зброї дорівнює 475-495 мм, з дульним звуженням 0,00 мм (циліндр), що під час пострілу дає розпорошення (див. таблиці №№ 1-5) картечі та шроту значно більше, ніж під час пострілу з мисливської гладкоствольної вогнепальної зброї з довжиною стволів понад 500 мм та дульним звуженням чок (1,00 мм) чи напівчок (0,50 мм). А оскільки середньостатистична довжина ствола обріза дорівнює 220-300 мм, то, порівнюючи її навіть з довжиною стволів гладкоствольної бойової або спеціального призначення вогнепальної зброї, ми бачимо істотну різницю у довжині: 220-300 мм (обрізи гладкоствольної мисливської вогнепальної зброї); 475-495 мм (гладкоствольна бойова та спеціального призначення вогнепальна зброя). Що дає на практиці значну відмінність осипу картечі (шроту) у результаті пострілу з них? Оскільки довжина ствола обріза у 2-2,5 рази менше довжини ствола гладкоствольної бойової та спеціального призначення вогнепальної зброї при такому самому свердлінні ствола – циліндр (0,00 мм), то осип картечі, вистріляної з обріза, буде приблизно в 2-2,5 рази більшим у діаметрі, ніж у разі аналогічного осипу, одержаного з такої самої відстані, але з гладкоствольної бойової або спеціального призначення вогнепальної зброї за умови використання однакових бойових припасів. Для підтвердження такої позиції може наведемо такий приклад. На місці злочину в квартирі «х» по вул. Мілютенко, «xxx» в м. Києві було виявлено осип шроту № 2/0 діаметром 400 мм. За підозрою у вчиненні розбійного нападу було затримано громадян Н. та В. У них вилучено: обріз мисливської гладкоствольної рушниці 12 калібру ІЖ-27Е та п'ять набоїв заводського виробництва, споряджених шротом 2/0, і гладкоствольну вогнепальну зброю спеціального призначення «Вінчестер 1300» 12 калібру. Експерту-криміналісту поставлено питання: з якої вище перерахованої зброї було зроблено постріл у стіну приміщення?

За показаннями свідків, постріл було здійснено з відстані 5-7 метрів. Виходячи з того, що розміри приміщення 6,5×4 метра, експериментальна стрільба велась з відстані 6,5 м, 5 м, 4 м, 3 м. За результатами, одержаними у ході експерименту, та користуючись розробленими нами таблицями (№№ 1-5), можна констатувати, що обріз рушниці ІЖ-27Е під час пострілу набоями, спорядженими шротом № 2/0, дає розпорошення з дистанції 6 м, осип шроту 396 мм. А осип шроту № 2/0, вистріляного із гладкоствольної вогнепальної зброї спеціального призначення з дистанції 6 метрів, дорівнює 191 мм.

Виходячи з вищенаведеного, можна зробити висновок, що постріл у приміщенні квартири «х» по вул. Мілютенко, «xxx» в м. Києві було здійснено з відстані 6-6,5 м з гладкоствольної вогнепальної зброї, ймовірно, з обріза гладкоствольної мисливської вогнепальної зброї ІЖ-27Е. Про це свідчить діаметр осипу шроту № 2/0.

Підсумовуючи вищезазначене, необхідно констатувати той факт, що

експериментального відстрілу використовувалися набої 12 калібру виробництва Італії фірми "Gioschi".

З цього можна зробити припущення, що постріл у приміщенні фірми «Аякс» було зроблено із гладкоствольної вогнепальної зброї спеціального або бойового призначення, якою у даному випадку може бути ІЖ-81, оскільки за своїми технічними характеристиками він відповідає гладкоствольній вогнестрільній зброї спеціального призначення.

Під час огляду місця події необхідно звертати увагу: а) у разі виявлення осипу шроту (картечі) – на розмір, форму, місце його розташування; б) у разі виявлення гільзи – на калібр гільзи, довжину (характерна для звичайної – 70 мм, для набоїв «магнум» – 76, 82, 89 мм), маркувальні позначення; в) у разі виявлення елементів заряду: стандартні (шріт, картеч, куля), для гладкоствольної вогнепальної зброї спеціального або бойового призначення (картеч, пов'язана з'єднувальними елементами, стрілоподібні елементи, кулі спеціального призначення, гумові або пластикові кулі, картеч; контейнери з-під сльозогінних речовин або речовин подразнюючої дії, гранати або їх елементи зі слідами запалювальних речовин); г) щільність розташування слідів від впливу картечі, шроту на перепоні чи перешкоді.

Завдяки проведеним експериментальним дослідженням і розробленим на їх основі спеціальним таблицям з визначення відстані пострілу, здійсненого з гладкоствольної вогнепальної зброї, прямо на місці події можна приблизно визначити при зазначених вище умовах, наявності відповідних даних, з якої саме гладкоствольної вогнепальної зброї (мисливської, бойової, спеціального призначення) було здійснено постріл і з якої відстані.

У зв'язку з цим актуальним постає питання: а якщо використовувалась не мисливська, бойова чи спеціального призначення гладкоствольна вогнепальна зброя, а обріз одного з вище перерахованих видів, як визначити тоді відстань, з якої було зроблено постріл? Тут необхідно зазначити, що з проаналізованих нами даних щодо 300 вилучених обрізів 87% їх становлять обрізи мисливських гладкоствольних рушниць 12 калібру. Довжина ствола обріза (враховуючи і довжину набійника) коливається від 220 до 300 мм, дульне звуження відсутнє (циліндр 0,00 мм), оскільки дульне звуження чок (1,00 мм) та напівчок (0,5 мм) знаходяться у мисливській гладкоствольній зброї біля дульного зрізу, а у разі укорочення ствола під обріз ця частина ствола виділяється. По решті довжини ствола мисливської гладкоствольної вогнепальної зброї дульне звуження – циліндр (0,00 мм). Завдяки таким показникам тактико-технічні характеристики обрізів мисливських гладкоствольних рушниць ймовірно можна визначити за осипом шроту (картечі), з якого виду гладкоствольної вогнепальної зброї здійснено постріл, як що відома відстань. Як уже зазначалося вище, найпоширеніша довжина ствола гладкоствольної

Заброцька Ю.Л.

*студентка Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – асистент

Ткаченко Олександр Петрович

*Кафедра клінічної фармакології та
клінічної фармації Національного
медичного університету
імені О.О.Богомольця*

ЗАСТОСУВАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ «ДОВІДНИК ЛІКАРЯ» СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ТА ЛІКАРЯМИ ПРИ КЛІНІКО- ФАРМАКОЛОГІЧНІЙ ТА ПРАВОВІЙ ОЦІНЦІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЛОР ПАТОЛОГІЇ

Актуальність. Сьогодні важко уявити життя без телефонів, комп'ютерів, планшетів та інших гаджетів, які мають велику кількість додатків. Зокрема, *Довідник лікаря*, є професійною медичною інформаційно-довідковою системою, що включає медичну енциклопедію, медичний калькулятор, довідник ліків та захворювань, формуляр лікарських засобів, ЛЗ, МКХ-10, ШМД, МЕС, TNM, коди хірургічних операцій, захворювання та їх лікування, новини медицини, аналізи та багато іншої цінної медичної інформації. Програма розрахована як на професіоналів – лікарів, фармацевтів, студентів медичних ВУЗів, так і на широке коло користувачів.

Мета дослідження. Встановити раціональність та правову доцільність застосування мобільного додатку *Довідник лікаря* на спроможність студента-медика і лікаря швидко та якісно обирати фармакотерапію при складній ЛОР патології.

Матеріали та методи дослідження. Групу студентів та лікарів з 15 осіб поділили на 3 підгрупи. Перша підгрупа (8/15) користувалися додатком *Довідник лікаря*, друга (5/15) - користувалися підручниками, третя (2/15) - не користувалась ніякими додатковими матеріалами і покладалась лише на свій досвід.

Обговорення. При аналізі студентами та лікарями фармакотерапії сульфаніламідними препаратами в клінічній практиці отоларингології увагу було зосереджено на способі і швидкості встановлення небажаної побічної реакції та її правовому аспекті. Самолікування пацієнтом сульфаніламідними лікарськими засобами та їх взаємодія з препаратами, призначеними лікарем, які містять однакові хімічні структури, може викликати перехресні алергічні реакції негайного типу, що можуть призвести до летального наслідку. Ця взаємодія з препаратами: новокаїн, тримекаїн, дикаїн, ко-тримоксазол, альмагель А, солутан, гіпотіазид,

фурасемід, триампур, бугамін та іншими лікарськими засобами може викликати велику клініко-фармакологічну і правову проблему та складну процедуру її негайного вирішення. Постає потреба в уточненні клінічного діагнозу та методів його підтвердження, патофізіологічного статусу пацієнта, індивідуалізації схеми лікування згідно протоколу, фармакологічній корекції, камплієнтності та правовому захисті пацієнта, а також в розробці схеми контролю лікувального процесу, попередженні виникнення перехресних негайних алергічних реакцій, які можуть призвести до летального наслідку. Тому і виникає необхідність у використанні мобільних ІТ-технологій у вигляді мобільних додатків для вирішення цих питань.

Результати. Найкращі результати було виявлено у груп, які користувались медичним додатком *Довідник лікаря*; гірші – у груп, які користувались підручниками, найгірші – які нічим не користувалися та поклалися лише на свій досвід. Студентам та лікарям, які не користувалися додатковими матеріалами, було складно вчасно дати повні відповіді на запитання, правильно поставити діагноз, попередити перехресні алергічні впливи препаратів різних груп. Студенти та лікарі, які користувалися підручниками, мали не завжди сучасну інформацію, не могли відповісти на всі запитання, оскільки не мали детальної інструкції до препаратів. У першій підгрупі, яка користувалася додатком *Довідник лікаря*, було знайдено відповіді на всі запитання, інформація була повною, актуальною, були встановлені вірні діагнози, використовувалися аналогові препарати, взаємодія яких не викликала небажаних побічних реакцій.

Висновок. На основі експерименту було виявлено, що застосування медичного додатку *Довідник лікаря* має позитивний вплив на отримання досвіду з отоларингології, клінічної фармакології та клінічної фармації, а також на визначення правових відношень з пацієнтами. Використання цього мобільного додатку дає можливість якісно, повно і вчасно виконувати поставлені завдання щодо профілактики та попередження виникнення небажаних перехресних алергічних реакцій препаратів, які можуть призвести до летального наслідку, судово-медичних досліджень та правових санкцій.

Conclusion. Based on the experiment, it was found that the use of a medical Doctor Directory application has produced positive effect on mastering the material in Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy, enabled high-quality, fully and timely performance of set tasks, and ensured prevention of the occurrence of undesirable cross-reactions of drugs that can lead to death and forensic investigations.

Список використаних джерел

1. www.medicine.iupui.edu/ Ресурс по взаємодії лікарських засобів.
2. www.tga.health.gov.au/ Австралійський бюлетень небажаних

Проведені експериментальні дослідження, результати яких наведені вище дозволили сформулювати такі рекомендації і пропозиції.

Гладкоствольну вогнепальну зброю спеціального призначення або бойову гладкоствольну вогнепальну зброю необхідно вилучати у громадян оскільки вона має використовуватися тільки військовими та спецслужбами МВС, СБУ під час ведення бойових дій чи проведення спецоперацій. Підставами вилучення або заборони вільного обігу мають бути: правові норми відповідних нормативних актів, висновок експерта-криміналіста, сформульований на підставі проведених експериментальних експертно-криміналістичних досліджень і розроблених автором спеціальних криміналістичних таблиць із переліком відмінностей технічних характеристик мисливської гладкоствольної вогнепальної зброї, гладкоствольної вогнепальної зброї спеціального призначення та бойової гладкоствольної вогнепальної зброї. У зв'язку з цим, на думку автора, доцільно розпочати роботу з підготовки законопроекту про заборону торгівлі гладкоствольною вогнепальною зброєю спеціального або бойового призначення і продажу її фізичним та юридичним особам.

Етапу ідентифікаційного дослідження гладкоствольної вогнепальної зброї повинно передувати проведення неідентифікаційних досліджень з метою діагностики та класифікації її на: а) гладкоствольну вогнепальну зброю спеціального призначення; б) бойову гладкоствольну вогнепальну зброю; в) мисливську гладкоствольну вогнепальну зброю.

Це важлива умова подальшого ідентифікаційного дослідження цієї зброї і набоїв до неї та формулювання висновків експертного дослідження.

Цей етап дослідження дуже важливий, оскільки є частиною неідентифікаційного дослідження (яке передє ідентифікаційному), а саме діагностичного, яке включає вирішення класифікаційних питань. Наочно це можна продемонструвати на такому конкретному прикладі. У громадянина Т., який підозрювався у розбійному нападі на комерційну фірму «Аякс», було вилучено під час обшуку дві одиниці гладкоствольної вогнепальної зброї: ІЖ-27 та ІЖ-81 (обидві – виробництва Росії). На місці злочину виявлено осип шроту № 2/0 діаметр 420 мм. Перед експертом поставлене питання: з якої зброї – ІЖ-27 чи ІЖ-81 – було здійснено постріл?

За показаннями свідків та підозрюваного постріл було здійснено з відстані 10-12 м. Під час експериментальної стрільби (по 10 пострілів у кожній серії) було одержано такі результати: А) ІЖ-27: при дульному звуженні 0,50 мм (напівчок) з дистанції 12 м. експериментальна стрільба велась набоями, які були вилучені у підозрюваного, по 10 пострілів з кожної одиниці вилученої зброї шротом 2/0, осип шроту дорівнює 268 мм; Б) ІЖ-81: при дульному звуженні 0,00 мм (циліндр) з дистанції 12 м. стрільба велась шротом 2/0, осип шроту дорівнює 476 мм. Для

Примітка: дві цифри, написані через риску, це: перша – найменший осип шроту, друга – найбільший, третя під ними – середній осип шроту. Всі вимірювання у міліметрах.

Таблиця № 3.

У цій таблиці наведено результати пострілів за осипом шроту, стріляного із гладкоствольної вогнепальної зброї спеціального призначення, дульне свердління якої циліндр (0.00 мм)

Дистанція, м	номери шроту					
	2/0	3/0	4/0	5/0	6/0	7/0
3	78-105 91	74-63 68	62-70 66	59-66 63	56-63 59	53-60 56
6	182-201 191	172-198 185	163-188 175	154-179 166	145-169 157	111-160 135
9	332-341 336	315-323 319	297-306 301	280-290 285	265-274 269	207-260 233
12	385-473 429	345-448 396	365-425 395	326-403 364	308-382 345	240-362 301

Примітка: дві цифри, написані через риску, це: перша – найменший осип шроту, друга – найбільший, третя під ними – середній осип шроту. Всі вимірювання у міліметрах.

Таблиця № 4.

Діаметр (мм)	Найвіддаленіша відстань польоту шроту у м при куті 20-30 град. до горизонту під час експериментів з бойовою та спеціального призначення гладкоствольною вогнепальною зброєю	Найвіддаленіша відстань польоту в м при куті 20-30 град. до горизонту, притаманна мисливським гладкоствольним рушницям
шріт 2,0	122	200
2,5	148	250
3,5	152	350
4,0	156	400
4,5	160	450
5,0	165	500
картеч 6,0	174	600

Таблиця № 5.

Відстань (м)	Діаметр розпорощення 2,5 мм шроту (осип шроту) у мм, одержаний під час пострілів з гладкоствольної бойової та спеціального призначення вогнепальної зброї	Діаметр розпорощення 2,5 мм шроту (осип шроту) у мм, притаманний мисливським гладкоствольним рушницям
5	800	250
10	1720	540
15	3345	800

лікарських реакцій.

3. Healthc Inform Res. 2011 Jun;17(2):131-138. English. Published online June 30, 2011. The Korean Society of Medical Informatics The Uses of the Smartphone for Doctors: An Empirical Study from Samsung Medical Center. Режим доступу: <https://doi.org/10.4258/hir.2011.17.2.131>

4. Medical applications: a database and characterization of apps in Apple iOS and Android platforms. Heather J Seabrook¹, Julie N Stromer¹, Cole Shevkenek¹, Aleem Bharwani², Jill de Groot¹ and William A Ghali. BMC Research Notes 2014;7:573 © Seabrook et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2014 **Received:** 20 August 2014 **Accepted:** 22 August 2014 **Published:** 27 August 2014. Режим доступу: <https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-573>

Голкін Я.О.

*Доцент кафедри судової медицини
та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця,
кандидат юридичних наук*

ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА ПРАВО НА РЕПРОДУКЦІЮ ЛЮДИНИ: ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ

Можливості сучасної медицини створили нову правову парадигму – репродуктивне право людини. На сучасному рівні розвитку суспільства та у зв'язку з новітніми досягненнями науки та медицини ми можемо говорити про нові виміри у розумінні цієї правової категорії.

І тим наочніше постає ця проблема у контексті 25-річчя Основ законодавства про охорону здоров'я [1]. На жаль цьому питанню присвячено лише бланкетну норму ст. 48 згаданого закону.

Водночас сучасна європейська правова доктрина виводить право на репродукцію людини у шеругу природніх невід'ємних прав. Традиційно репродуктивні права людини розглядаються в контексті права на сім'ю та права на батьківство. Проте право на сім'ю, як і право на батьківство, лише частково перетинається з правом на репродукцію. Так право на сім'ю може бути реалізовано при створенні подружжя, веденні спільного господарства чи усиновленні. Останнє ж є однією з форм реалізації права на батьківство, яке лише частково збігається із правом людини на репродукцію.

Вітчизняна репродуктивна медицини посідає 4-те місце в Європі по кількості програм ДРТ на рік [*Статистичні дані – Інформаційно-статистичний довідник ДРТ в Україні*]: 2014 р. Україна – 16 110 циклів 2011 р. Німеччина – 67 596 циклів, 2010р. США – 137.551 цикл. В Україні на 1 мільйон населення припадає 360 циклів ДРТ (2013 р.) Має місце

стрімке зростання ефективності ДРТ – від 21.89% у 1999 році до 37.3% у 2014 році. З 1999 року в Україні зареєстровано народжених в результаті проведених ДРТ програм 40 707 дітей.

Вочевидь Україна не усвідомлює наслідків та небезпек такого вульгаризованого підходу у сфері людської прокреації. Найпотужніше лунають гасла про суцільну заборону донації та сурогатного материнства, що також швидше нагадує середньовічну інквізицію, а ніж дбайливе ставлення до однієї (якщо не єдиної) національної медичної галузі, яка досягла світового рівня успішності показників і забезпечує реалізацію права людини із покоління нових прав – права на репродукцію.

Ми вважаємо вкрай необхідним наголосити, що всі методи допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ) є методами лікування і можливість їх застосування жодною мірою не може залежати від соціального положення людини.

Так Всесвітня медична асоціація прийняла в 1987 р. Положення про запліднення *in vitro* і трансплантацію ембріонів, у якому визначено, що запліднення *in vitro* і трансплантація ембріона є медичним методом, доступним у багатьох частинах світу, для лікування безпліддя. Відповідно до зазначеного міжнародного документа, з етичного погляду медична допомога у прокреації людини виправдана у всіх випадках безпліддя, що не піддається класичному медикаментозному чи хірургічному лікуванню. Отже репродуктивні технології – це методи терапії безплідності, при яких окремі або всі етапи зачаття і раннього розвитку ембріонів здійснюються поза організмом жінки.

Відповідно до ст. 4 Основ законодавства про охорону здоров'я, основними принципами охорони здоров'я є дотримання прав і свобод людини та гуманістична спрямованість.

Українське законодавство в сфері репродуктивної медицини є найліберальнішим у Європі. Так, ст. 281 ЦК України визначається, що повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм ДРТ згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством. У нашому випадку це Наказ МОЗ України №787 «Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 9 вересня 2013 року (далі – Наказ МОЗ № 787) [2].

Ліберальність вітчизняного законодавства, його фактично підзаконний рівень правового регулювання виносить застосування ДРТ за рамки прийнятних у європейських країнах норм моралі та етики.

Статтею 290 Цивільного Кодексу України [3] легалізовано донорство статевих клітин. Порядок донації ооцитів та використання донорського матеріалу визначається у тому ж Наказі МОЗ №787. Щодо європейського законодавства, то більшість європейські країни забороняють донорство статевих клітин (принаймні комерційне), висуваючи відповідні етичні

зброю слід класифікувати як мисливську гладкоствольну вогнепальну зброю, гладкоствольну вогнепальну зброю спеціального призначення та бойову гладкоствольну вогнепальну зброю. Дані, наведені у довідковій літературі, свідчать про те, що як розробники мисливської гладкоствольної зброї, так і експерти-криміналісти вважають найменш допустимою межею довжини стволів гладкоствольної мисливської зброї 500 мм. При зменшенні довжини ствола та відсутності дульного звуження до зазначеної межі (500 мм) відбувається значне зниження влучності, кучності та різкості бою рушниці. Зброя вже не відповідає вимогам, що пред'являються до мисливської гладкоствольної вогнепальної зброї, і належить до груп гладкоствольної вогнепальної зброї спеціального призначення чи бойової гладкоствольної вогнепальної зброї.

Таблиця № 1.

У цій таблиці наведено результати пострілів за осипом шроту, стріляного з мисливської рушниці, дульне звуження якої ЧОК (1.00 мм)

Дистанція, м	номери шроту					
	2/0	3/0	4/0	5/0	6/0	7/0
3	47-111	45-105	43-100	40-95	38-90	30-85
	78	75	71	67	64	57
6	99-193	95-183	89-173	85-164	80-156	63-147
	146	139	131	124	118	104
9	158-220	150-207	141-196	132-186	125-177	97-167
	189	178	168	159	151	132
12	252-306	190-290	179-274	168-260	159-248	124-235
	279	240	226	214	203	179

Примітка: дві цифри, написані через риску, це: перша – найменший осип шроту, друга – найбільший, третя під ними – середній осип шроту. Всі вимірювання у міліметрах.

Таблиця № 2.

У цій таблиці наведено результати пострілів за осипом шроту, стріляного з мисливської рушниці, дульне звуження якої напівчок (0,5 мм)

Дистанція, м	номери шроту					
	2/0	3/0	4/0	5/0	6/0	7/0
3	68-90	65-86	61-82	58-78	55-74	43-70
	80	75	71	68	64	56
6	121-153	115-145	109-137	103-129	98-122	92-95
	137	130	123	116	111	94
9	190-319	180-302	170-287	160-272	150-258	117-245
	254	241	228	216	204	181
12	235-310	240-295	227-280	215-267	203-253	158-240
	272	267	253	241	228	199

Еталонні постріли виконувались нормально спорядженими набоями 12 калібру “Fioschi” виробництва Італії.

Номери шроту, картечі, якими було споряджено набої: 2/0 – 4,25 мм; 3/0 – 4,50 мм; 4/0 – 4,75 мм; 5/0 – 5,0 мм; 6/0 – 5,25 мм; 7/0 – 6,20 мм.

Компоненти спорядження набоїв були однієї партії, порох було випущено за два роки до проведення експериментів. Для стрільби рушниця закріплювалася у лещатах-тримачах.

Експеримент проводився у тирі НДЕКЦ при ГУ МВС України в м. Києві, де швидкість вітру не перевищувала 1 м/сек. У журналі реєстрації позначали результати вимірювання діаметра розпорошення всієї картечі та шроту, а також діаметра осипу шроту та картечі. Крім того, вимірювання здійснювались за вертикаллю та горизонталлю.

Проведеними експериментами не встановлено великої відмінності у розпорошенні шроту та картечі, відстріляної з мисливської гладкоствольної вогнепальної зброї (чока та напівчока), проте значна різниця спостерігається під час пострілів із гладкоствольної вогнепальної зброї бойового та спеціального призначення та гладкоствольної вогнепальної мисливської зброї [див. таблиці №№ 1-5].

Далі експерименти було продовжено на полігоні (відкритій місцевості). Швидкість вітру була 5-10 м/с. Експериментальні постріли здійснювались з відстані 5, 10, 15 метрів в аркуш цупкого паперу, навішеного на рами, виготовлені з дощок завтовшки 35 мм. Для експериментальної стрільби було використано гладкоствольну мисливську вогнепальну зброю 12 калібру: «Дюмулен» (виробництво Бельгія), дульне звуження обох стволів – 1,0 (чок); гладкоствольну вогнепальну зброю бойового та спеціального призначення (зі свердлінням ствола – циліндр – 0,00 мм), рукоятка пістолетної форми: Winchester 1300 DEFENDER 12 GA/3 (виробництво США), кількість набоїв, що заряджаються (7*1); Mossberg Coon. 500 A 12GA (виробництво США), кількість набоїв, що заряджаються (5*1).

Постріли здійснювались набоями “Fioschi” виробництва Італії таких номерів: № 9 – 2,0 мм; № 7 – 2,50 мм; № 3 – 3,50 мм; № 1 – 4,0 мм; 3/0 – 4,50 мм; 4/0 – 4,75 мм; 5/0 – 5,0 мм; 7/0 – 6,20 мм.

Компоненти спорядження набоїв були однієї партії, порох було випущено за два роки до здійснення експериментів. У серії здійснювалося по 5-10 пострілів, усього під час експериментальної стрільби було здійснено 1090 пострілів. У журналі реєстрації позначали результати, одержані при проведенні пострілів. Результати експериментів наведено в таблицях.

Результати експериментальної стрільби підтверджують теоретичні розробки про те, що за своїми балістичними характеристиками зброя спеціального призначення та бойова вогнепальна зброя не відповідають вимогам до мисливських рушниць, а тому гладкоствольну вогнепальну

перестороги. Найсуворішими є положення законодавства щодо донації жіночих статевих клітин, яка передбачає обов’язковість медикаментозного стимулювання ячників для отримання «рентабельної» кількості клітин.

Необхідною є розробка механізмів державного контролю за фіксацією кількості ооцитів, отриманих від одного донора при одній стимуляції, і ця проблема має бути серед пріоритетних напрямів біологічної безпеки держави. Відсутність такого контролю надає можливості зловживань з боку медичного закладу щодо реальної кількості отриманих яйцеклітин, та призводить до ставлення до України як до клондайку біологічного матеріалу, а суспільство позбавляє контролю над власним генетичним матеріалом.

Відсутність відповідальності за порушення анонімності донорства, проблема особливо гостро постає при жіночій донації, що призводить часто до психологічних девіацій, порушення права на приватність всіх учасників процесу.

Обов’язковість медичного страхування учасників ДРТ-програм, особливо донорів яйцеклітин та сурогатних матерів має бути закріплена законодавчо. На сьогодні відповідальність, у тому числі майнова, перед жінкою-донором та сурогатною матір’ю у разі настання негативних наслідків для їхнього здоров’я, визначається у договорі довільно, і, як правило, направлена на зменшення матеріальної відповідальності перед такою вразливою категорією учасників програм ДРТ, залишаючи серед гарантій лише лікування ятрогенної патології. Водночас може мати місце і зловживання по відношенню до потенційних батьків (замовників програми) з боку донорів.

Окремим комплексом етико-правових проблем є сурогатне материнство. Під методом лікування «сурогатне материнство» розуміється цілий комплекс дій: штучне (інструментальне) запліднення яйцеклітини з подальшим поміщенням ембріона в порожнину матки іншої жінки (сурогатної матері). Сурогатне материнство є методом лікування безпліддя, який має суворі медичні показання для застосування, а не бажання не обтяжувати себе вагітністю платоспроможних пар, чи соціально невідповідальним бажаннями «отримати дитину» у віці, який не дозволяє вже виносити її самостійно. На жаль у практиці юридичного супроводу зустрічалися і такі випадки.

Сьогодні на рівень закону виноситься лише праве регулювання наслідків застосування ДРТ, проте не їх порядок. Так в українському законодавстві основні норми правового регулювання наслідків сурогатного материнства містяться у Сімейному кодексі України. Стаття 123 Сімейного Кодексу України [4] передбачає, що у разі імплантації в організм іншої жінки зародка, зачатого подружжям, батьками дитини є подружжя (чоловік і жінка). Варто звернути увагу й на те, що обов’язковим є генетичний зв’язок хоча б з одним із батьків. При

сурогатному материнстві вважається нелегальним використання всіх донорських гамет, донорської яйцеклітини самої сурогатної матері, оскільки такий шлях не є формою реалізації репродуктивних прав особи: дитини не є генетично рідною подружжю, вагітність виношується іншою жінкою, що швидше нагадує «виробництво» а ніж медичну допомогу.

Очевидним порушенням прав людини є відсутність належного правового регулювання застосування ДРТ до соціально вразливих груп: ВІЛ інфікованих (існуючі обмеження у чинному законодавстві) та представникам ЛГБТ спільноти.

Список використаних джерел

1. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/ru/2801-12/print1491749810526254>

2. (Zakon Ukrayiny` «Osnovy` zakonodavstva pro oхoronu zdorov`ya» [Elektronny`j resurs]. – Rezhy`m dostupu: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/ru/2801-12/print1491749810526254>)

3. Наказ МОЗ України № 787 «Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 9 вересня 2013 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13/print1490450722199980> (Nakaz MOZ Ukrayiny` # 787 «Pro zatverdzhennya porядku zastosuvannya dopomizhny`x reprodukty`vny`x tehnologij» vid 9 veresnya 2013 roku [Elektronny`j resurs]. – Rezhy`m dostupu: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13/print1490450722199980>)

4. Цивільний Кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (Sy`vil`ny`j Kodeks Ukrayiny` [Elektronny`j resurs]. – Rezhy`m dostupu: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15>)

5. Сімейний кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2947-14> (Simejny`j kodeks Ukrayiny` [Elektronny`j resurs]. – Rezhy`m dostupu: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2947-14>)

Сліди близького пострілу встановлюються й іншими методами. Метод атомно-абсорбційного спектрального аналізу дає змогу з більшою точністю виявити та кількісно визначити сурму на відстані до 240 см, а мідь – до 280 см.

Більш чутливим є метод нейтронно-активаційного аналізу та ядерної гамма-спектроскопії. Зазначена методика визначення дистанції пострілу з короткоствольної зброї дає можливість надійно визначати відстань до 5 м. та встановлювати відсутність або наявність в об'єктах, що аналізуються, деяких продуктів пострілів (сурми).

А.Ф. Лісіцин до ознак «близького» пострілу зі шротової зброї відносить також компактну дію шроту, який на відстані до 3-5 м від дульного зрізу утворює центральний отвір рани, оточений дрібними отворами з ізольованих шротин. У зв'язку із зазначеною властивістю шроту, близьким необхідно вважати постріл, який здійснюється не з відстані одного метру, як це відбувається у випадках з нарізною зброєю, а з відстані до 3 м. Отже, всі дистанції, що починаються з 3 м, належать до неблизького пострілу. І тому під час проведення експериментів ця дистанція була прийнята мінімальною.

Узагальнюючи відомості, викладені у спеціальній літературі, можна зазначити такі чинники, що впливають на розпорошення шроту (картечі): 1) відстань стрільби; 2) калібр та характер свердління ствола; 3) стан, довжина ствола; 4) вид та конструкція гільзи, її якість; 5) вид та якість капсуля; 6) марка та стан пороху; 7) кількість, вид, стан пороху; 8) вид та кількість клейтухів; 9) щільність спорядження; 10) вага заряду; 11) вид снаряду; 12) характер закручування гільзи; 13) спосіб спорядження набоїв; 14) марка, вік, зношеність зброї; 15) марка набоїв.

У процесі проведення експериментальних досліджень в НДЕКЦ при ГУ МВС України в м. Києві (1992-2017 р.р.) нами було виконано аналітичну роботу щодо визначення дистанції пострілу за осипом картечі та великого шроту. Експериментальні постріли нами здійснювалися з відстані 3, 6, 9, 12 м (ці відстані пострілів зумовлені великою частотою їх наявності під час вчинення злочинів із застосуванням гладкоствольної вогнепальної зброї) в аркуш цупкого паперу, навішеного на рами. Для експериментальної стрільби було використано: 1) мисливську гладкоствольну рушницю 12 калібру (зі свердлінням стволів чок (1,0 мм) «Дюмулен» (Бельгія)), свердління стволів напівчок (0,5 мм) ІЖ-27 12 калібру (Росія)); 2) гладкоствольну зброю спеціального призначення 12 калібру (вінчестер 1300 (виробництво США) – довжина ствола 475 мм (з пістолетною рукояткою), свердління ствола – циліндр (0,00)). Це пов'язано з тим, що для гладкоствольної зброї спеціального призначення і бойової гладкоствольної вогнепальної зброї оптимальна та найпоширеніша довжина ствола дорівнює вищезазначеній, зі свердлінням стволів – циліндр (дульне звуження – 0,00 мм).

органів практичних рекомендацій, довідників та таблиць обчислення, щодо питань визначення відстані пострілу, здійсненого з бойової, спеціального призначення вогнепальної гладкоствольної зброї. Під час допиту експерта суд часто просить останнього зазначити, на що конкретно він посилався, визнаючи зброю бойовою або гладкоствольною спеціального призначення, при цьому ставлячи експерта у незручне становище, оскільки, окрім діючих та колишніх відомчих наказів, (наприклад – Наказ МВС № 164 від 25.03.1993 р. і т.п.) та Методики встановлення належності виробів до категорії мисливських (спортивних) гладкоствольних рушниць (від 17.11.99 р.), сьогодні немає жодних нормативних актів, закону (Закону України «Про зброю») та підзаконних актів з цього питання. Крім того, в сучасних вітчизняних довідниках з вогнепальної зброї такі види зброї, як спеціального та бойового призначення гладкоствольна вогнепальна зброя, взагалі відсутні. Користуючись відсутністю правової бази, приватні фірми і далі під виглядом мисливської вогнепальної гладкоствольної зброї продають населенню гладкоствольну зброю спеціального та бойового призначення, яка за своїми технічними характеристиками не підпадає під мисливську. Все це врешті-решт ускладнює і без того непросту криміногенну ситуацію в Україні.

Як відомо, у судово-медичній та судово-балістичній експертизах виділяють такі дистанції стрільби: «постріл впритул», «близький» та «неблизький» постріли. Близькою відстанню вважають таку дистанцію, коли, крім шротових пошкоджень на перешкоді, виявляють інші додаткові сліди пострілу: температурний та механічний вплив порохових газів, зброярське мастило, згорілі та незгорілі порошинки і відкладення кіптяви пострілу. Додаткові сліди пострілу встановлюються різними методами (простими та складними), причому чутливість таких методів також є різною. Наприклад, електрографічним методом під час стрільби з дистанції до 2 м. свинець виявляється тільки у місцях пошкодження перешкоди картечню, а на ділянках між цими пошкодженнями не встановлюється. Крім зазначених ознак, до слідів близького пострілу належить також компактна дія картечі та татуювання металом, які можуть бути виявлені під час стрільби з дистанції до 3-5 метрів залежно від виду зброї.

Татуювання металом – це вплив найдрібніших частинок металу, що викидаються під час пострілу з каналу ствола та досягають об'єкта за допомогою снаряда, клейтухів або порошинок. «Татуювання металом – постійна та стала ознака», яка може бути спричинена свинцевими снарядами (снарядом) на дистанції 2-3 метрів, а під час стрільби із гладкоствольної зброї картечню – ще далі. На нашу думку, поняття «близький постріл» повинно включати відстань від дульного зрізу зброї до відстані, на якій зникає татуювання металом.

Йовенко Марія Олександрівна
студентка Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент,
кандидат медичних наук

Ергард Наталія Миколаївна,
Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВА ВАГІТНИХ ПРИ ПОСТУПЛЕННІ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ

У зв'язку з поганою обізнаністю вагітних їхніх прав, з метою збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини, актуальним є висвітлення питань про права вагітних при поступленні в акушерсько-гінекологічне відділення.

Перший візит вагітної (бажано до 12 тижнів) є найбільш тривалим за часом і передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі та Обмінна карта), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою та інформаційної згоди.

Кожна вагітна при поступленні в акушерсько-гінекологічне відділення має право на стандартне обстеження, що включає в себе:

1. Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини).
2. Загальний огляд; пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легень; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів, вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ (при постановці на облік).
3. Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; вимірювання АТ, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання маси тіла (всім вагітним при кожному візиті); огляд нижніх кінцівок на наявність варикознорозширених вен; аускультация ЧСС плоду (всім вагітним з 25-26 тижня вагітності).
4. Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження) (при постановці на облік).
5. Мазок на цитологічне дослідження (при постановці на облік).
6. Мазок на флору (при постановці на облік за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).
7. Лабораторні обстеження:
– загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білку (при

постановці на облік і при кожному відвідуванні);

– посів сечі для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік);

– визначення групи крові та резус-належності (при постановці на облік);

– аналіз крові на наявність антитіл при Rh негативній належності крові (при постановці на облік та у 28 тижнів);

– загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);

– серологічне обстеження на сифіліс (перше при постановці на облік, друге – у 29 тижнів вагітності);

– тест на наявність HbsAg (при постановці на облік);

– дводинний тест толерантності до глюкози (всім вагітним у 25-26 тижнів).

8. Тест на ВІЛ-інфекцію (перший при постановці на облік, другий в 22-23 тижні вагітності). Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах.

9. Ультразвукове обстеження (далі – УЗД): Перше – в терміні вагітності від 11 тиж. + 1 день – 13 тижнів + 6 днів вагітності; Друге – в терміні вагітності 18-21 тиждень. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.). УЗД плоду може проводити фахівець, який має відповідну підготовку, за затвердженою схемою протоколу.

10. Біохімічний скринінг I триместру в терміні вагітності від 11 тиж. + 1 день – 13 тижнів + 6 днів вагітності (РАРР-А, вільний b-XГ); II триместру у терміні 16-20 тижнів (АФП + вільний b-XГ (double-test), або (АФП + вільний b-XГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плоду (при інформованій згоді – всім або за показаннями) [1].

Висновок: З метою забезпечення нормального протікання вагітності, здоров'я жінки та дитини, необхідно дотримуватись зазначених правил. Кожна жінка має бути відповідальною за себе та свою дитину і бути обізнаною з приводу своїх прав передбачених законодавством.

Список використаних джерел

1. МОЗ України Наказ 15.07.2011 N 417 «Про організацію

шроту.

Результати проведених експериментів щодо визначення дистанції пострілу із гладкоствольної вогнепальної зброї за осипом картечі та шроту, а також ознайомлення з експертною практикою багатьох відповідних установ України показало, що зазначене питання не має однозначного вирішення.

А втім від правильного розв'язання судово-балістичною та судово-медичною експертизами питання про дистанцію пострілу часто-густо залежить успіх розслідування злочину, при вчиненні якого застосовувалась гладкоствольна бойова, спеціального призначення або мисливська вогнепальна зброя. Проте ця проблема як у теоретичному, так і практичному значенні ще не вирішена, а тому в слідчій та експертній практиці існує багато суперечностей і нез'ясованості, що потребує подальших експериментальних перевірок та наукових досліджень. Відомий криміналіст О.Р. Шляхов справедливо зазначав, що в галузі судово-балістичної експертизи більш точне встановлення дистанції пострілу з різних типів зброї, безперечно, становить теоретичний та практичний інтерес.

Деякі автори наводять дані для визначення відстані пострілу за розпорошенням шроту та картечі, вірогідність яких викликає сумнів. Перевірити ці дані важко, оскільки не зазначено, чи проводились експерименти, а якщо проводилися, то якими були їх умови та точність наведених даних. Тому в окремих роботах є істотні суперечності, які доволі повно та правильно висвітлені Г.А. Мхітаровим та Н.С. Вольвачем. Крім того, на даний час зовсім відсутні які-небудь експериментальні дані щодо встановлення виду гладкоствольної вогнепальної зброї за осипом шроту, відстріляного з гладкоствольної вогнепальної зброї не радянського виробництва.

У більшості праць, присвячених зазначеному питанню, наведені середні величини розпорошення шроту, недостатні для відносно повного та точного визначення відстані пострілу. Нині ще трапляються випадки, коли відповідно до середніх табличних величин дають однозначні відповіді про відстань пострілу за діаметром розпорошення шроту.

Ведучи мову про недостатність раніше проведених досліджень, не можна не помітити той факт, що жоден із вказаних вище дослідників не наголосив на дослідженні результатів пострілів, зроблених картечцю або великим шротом. Але, як свідчить практика, 95% тяжких злочинів було вчинено саме за допомогою таких снарядів.

Відсутність єдиної класифікації гладкоствольної вогнепальної зброї спричиняє часто-густо те, що працівники дозвільної системи помилково реєструють бойову гладкоствольну та гладкоствольну зброю спеціального призначення, як мисливську гладкоствольну вогнепальну зброю.

Необхідно також відзначити і відсутність у фахівців правоохоронних

комплекс медичних, психологічних, загальних оздоровчих заходів, які здійснюються з метою відновлення здоров'я та корекції психофізіологічних функцій, отримання оптимального рівня боєздатності (працездатності) військовослужбовців, а також створення сприятливих умов для відновлення соціальної активності, розвитку та утвердження особистості.

Поза всяким сумнівом, соціальні гарантії для військовослужбовців – запорука боєздатності нашої армії і впевненості її воїнів у майбутньому, тому нагальним залишається питання щодо якнайшвидшого затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників АТО.

У підсумку можна зробити висновок, що конституційні норми поки що не стали ціннісною основою загальнонаціонального суспільного договору, гарантією прав і свобод громадян, а продовжують залишатися надієвими, створюючи ілюзію опіки держави, що у свою чергу знижує толерантність у суспільстві, ступінь суспільної довіри до інститутів публічної влади.

Список використаних джерел

1. Національна стратегія у сфері прав людини, затверджена Указом Президента України від 25 серпня 2015 року № 501. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/501/2015>.

2. Зарецька Н.С. Психологічна реабілітація учасників АТО в Україні не проводиться. – 2017. – 8 листопада. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pravda.com.ua/news/2017/11/8/7161095/>.

Кофанов Андрій Віталійович

*професор кафедри криміналістичного забезпечення та судових експертиз
Навчально-наукового інституту № 2
Національної академії внутрішніх справ,
кандидат юридичних наук, доцент,
доктор філософії*

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСТАНІ ПОСТРІЛУ З МИСЛИВСЬКОЇ ТА БАГАТОЦІЛЬОВОЇ ГЛАДКОСТВОЛЬНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ

Останнім часом для вчинення особливо небезпечних злочинів проти життя нерідко застосовується гладкоствольна мисливська зброя, гладкоствольна зброя спеціального призначення та бойова гладкоствольна вогнепальна зброя. У зв'язку з цим велика увага в роботі слідчого, експерта, судового медика та суду приділяється питанням встановлення дистанції пострілу з бойової та мисливської зброї за осипом картечі та

амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»(Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я №7 від 09.01.2014 №59 від 21.01.2014 №236 від 02.04.2014 №353 від 13.04.2016) [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://consultant.parus.ua/?doc=0ADAU9FBE7>

Калиновська Марина Станіславівна

*студентка Національного
медичного університету
імені О. О. Богомольця*

**Науковий керівник – асистент,
кандидат медичних наук**

Федорова Олена Анатоліївна

*Кафедра судової медицини та медичного
права Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ДИТИНИ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Практично всі випадки звернення людей за консультативною допомогою до психологів, зазвичай, пов'язані з насильством та жорстоким поведінням з ними, коли вони були дітьми.

Часто діти були не тільки свідками насильства, але й безпосередніми жертвами жорстокого поведіння. Найбільш типовими наслідками такої ситуації стають такі скарги батьків чи вчителів на соціальну поведінку дітей:

- бійки;
- конфлікти з оточуючими;
- низька шкільна успішність;
- замкненість тощо.

До емоційних проблем таких дітей можна віднести такі:

- підвищена агресивність;
- знижений настрій;
- депресія;
- тривожність;
- страхи;
- нестійкість емоційної сфери.

Часто батьки скаржаться на психоневрологічні розлади у дітей – безсоння, енурези тощо, а також соматичні – серцево-судинні розлади, порушення травлення, астма тощо.

У тоталітарних сім'ях, де прийняті директивні, жорсткі форми виховання, або дитину надмірно опікують, не враховуються потреби та

психоемоційні особливості дитини. В таких сім'ях жорстоке поводження з дітьми батьками не усвідомлюється. Вони вважають, що жорсткі умови виховання корисні для дитини і не розуміють того, що це негативно впливає як на психіку дитини, так і на стан її соматичного здоров'я.

Самі діти, які зазнають жорстокого поводження і насильства, звертаються за допомогою до психологів вкрай рідко. Насамперед, це випадки сексуального насильства щодо підлітків, їх побиття батьками.

Внаслідок свого соціального статусу дитина знаходиться в залежності від дорослих і є беззахисною перед найнегіднішими проявами людської ницості. Класифікація типів жорстокого поводження з дітьми, з якими може зустрітися в своїй практиці лікар-педіатр або сімейний лікар, акушер-гінеколог тощо:

– в фізичному насиллі можна виокремити такі наслідки жорстокого поводження з дітьми, як: жорстокі фізичні покарання, фізичні знущання, побиття, сліди викручування рук, ушкодження внаслідок спроби задушити;

– ознаки сексуального насильства – ушкодження, характерні для цього виду насилля;

– ознаки економічного насильства:

- відставання дитини від однолітків за вагою,
- вкрай скромний або злидений одяг.

Кожен лікар, виявивши таку дитину, може докласти зусиль для забезпечення прав дитини у медичній галузі. Він повинен задокументувати такі факти, викликати працівників поліції або соціальних служб, надати фахову допомогу.

Державою передбачена така допомога дітям, які потерпають від сімейного насилля: створено притулки для неповнолітніх та Центр соціально-психологічної реабілітації неповнолітніх. Діти, які постраждали від жорстокого поводження, а також діти із сімей, перебування в яких загрожує їх здоров'ю чи життю, мають можливість цілодобово звернутися до притулку для неповнолітніх або центру соціально-психологічної реабілітації неповнолітніх.

Висновок. Отже, для забезпечення прав дитини в медичній галузі, лікарі можуть заздалегідь попереджати та допомагати уникнути насилля в сім'ях, а також за необхідності надавати допомогу потерпілим дітям та повідомляти соціальні служби про випадки насильного ставлення.

Список використаних джерел

1. <http://obolon.kievcity.gov.ua/content/problema-zhorstokogo-povodzhennya-z-ditmy.html>

2. http://www.bbc.com/ukrainian/entertainment/2013/05/130530_children_violence_nk

безпека без права перетворюється у міф, у нездійсненність і тому або ж замовчується, або ж навмисно спотворюється, пропонується багатьма заміниками, які неспроможні задовольнити справжні потреби людини, сформувати умови цивілізаційного розвитку суспільства. Безпека без права існує в одних випадках як насильство і втрачає свою сутність, в інших випадках – як ілюзія і зазнає критики та несприйняття людиною.

На сьогодні основним підзаконним нормативно-правовим актом Уряду у цій сфері є постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 497, якою затверджений «Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції». Також відомчим наказом Міністерства оборони України від 9 грудня 2015 року № 702 затверджене «Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)», а наказом Міністерства оборони України від 4 листопада 2016 року № 591 затверджена «Інструкція про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України». Тобто, на сьогодні питання медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України із загальнодержавного рівня спущено на рівень Міністерства оборони.

Начебто вищезгаданий закон розширив можливості військовослужбовців щодо збереження їх здоров'я. Проте закріпивши обов'язок проходження реабілітації, Уряд не визначив Порядок її проведення. У свою чергу, Міністерство оборони України у згаданій Інструкції розширило перелік категорій осіб, що можуть направлятися на реабілітацію (у супереч норми Закону), при цьому обмеживши право учасників АТО на обов'язковість її проходження, шляхом встановлення таких застережень як: «наявність медичних показань» та «у межах видатків, передбачених у кошторисі».

Отже, неналежне фінансування витрат на відновлення здоров'я військовослужбовців, нівелює постійні декларації керівників держави про моральне визнання, «велику» повагу та шанобливе ставлення до захисників України. При цьому, питання проходження медико-психологічної реабілітації залежить не від побажань військовослужбовця, а від наявності у нього медичних показань, що супроводжуються ознаками посттравматичного стресового розладу, та кількості закуплених і розподілених путівок. Відзначимо, що ця категорія осіб (учасники АТО) потребує особливого підходу до їх потреб – гідне соціальне забезпечення, створення належних умов для підтримання їх здоров'я та активного довголіття.

Відповідно до вказаної Інструкції, медико-психологічна реабілітація –

зрозумілого, передбачуваного) механізму реалізації та захисту прав і свобод людини, а також створення системи соціальної, медичної та психологічної реабілітації учасників АТО для їх повернення до нормального життя.

З метою вирішення нагальних питань соціального захисту і реабілітації учасників АТО, Президентом України підписаний Указ «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» від 18 березня 2015 року № 150, який активізував законодавчі ініціативи у цій сфері.

3 листопада 2015 року був прийнятий Закон України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» № 742-VIII, яким вказана стаття доповнена абзацом такого змісту: «військовослужбовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, **в обов'язковому порядку повинні пройти** безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад. Порядок проведення реабілітації та відшкодування вартості проїзду встановлюється Кабінетом Міністрів України». З метою реалізації положень цього закону, Верховна Рада України доручила Кабінету Міністрів України у місячний строк прийняти відповідні нормативно-правові акти, проте це завдання й до сьогодні залишається не виконаним.

Так, нещодавно керівник Офісу уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників АТО Наталія Зарецька заявила, що на сьогодні психологічна реабілітація учасників АТО в Україні взагалі не проводиться. За її словами, це пов'язано з тим, що Порядок проведення психологічної реабілітації ще не затверджений, хоча його проект був узгоджений ще у 2016 році [2].

Минуло більше двох років з часу прийняття згаданого закону, проте проходження військовослужбовцями психологічної реабілітації, що є складовою їх права на охорону здоров'я, залишається проблемним питанням. Як не дивно, але це знову ж нагадує популізм і вказує на відсутність злагодженої, командної роботи органів законодавчої та виконавчої влади, і як наслідок, чергове «половинчасте» рішення. На перший погляд видається, що достатньо проголосити відповідні правила, які містять у собі певну формулу, й соціальна мета буде досягнута. Однак цього недостатньо. Правила, що містяться у нормах права, мають пройти шлях соціального визнання.

Необхідно погодитися, що правова культура є основою, тим живильним джерелом, яке здатне донести ідею безпеки людського існування до носія цієї ідеї та розвинути її у певний постулат. Соціальна

3. <http://help.4uth.gov.ua/family/nasilstvo-v-semi>

4. http://la-strada.org.ua/ucp_mod_news_list_show_511.html

Кобилянський Олег Леонідович

доцент кафедри криміналістичного

забезпечення та судових експертиз

навчально-наукового інституту № 2

Національної академії внутрішніх справ,

кандидат юридичних наук, доцент

доктор філософії

Ергард Наталія Миколаївна

асистент кафедри судової медицини та

медичного права Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця,

кандидат медичних наук, юрист

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРИЗНАЧЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ НА ЗАСАДАХ СУДОВОЇ РЕФОРМИ

3 жовтня 2017 року прийнятий «Законопроект № 6232, який серед іншого передбачає внесення змін до Кримінального процесуального кодексу України (так звана «судова реформа»), який змінив не лише сам процес введення суду, але й процес призначення експертизи [1]. Новим досягненням реформи стало те, що запрацює електронний суд, коли свідчення можна давати через Інтернет, дозволено відеозйомку у судовому засіданні, повістку до суду не потрібно буде отримувати власноруч, достатньо лише заглянути на сайт судової влади [1].

Проте, існують і проблемні питання нової судової реформи.

По-перше, реформа породила монополію адвокатури, якщо раніше можна було скористатися послугами юрисконсультанта для представлення своїх інтересів у суді, то тепер зобов'язані запрошувати адвоката для свого захисту [1]. Не у всіх юристів є можливість отримання посвідчення правозахисника, тому цим можуть спекулювати існуючі адвокати і в разі зростуть витрати за їх послуги та й монополія адвокатури зменшує конкурентоспроможність серед юридичної діяльності, що може відобразитись на якості адвокатських послуг не в кращий бік.

По-друге, призначення всіх експертиз буде здійснюватись тільки за постановою слідчого судді, на розгляд якому дається 5 діб для прийняття рішення щодо призначення постанови [1, 3]. Тоді, як виходити з положення родичам померлих осіб, коли судово-медичний розтин без постанови не можливий, а через п'ять діб він стане даремним, оскільки, у більшості судово-медичних бюро немає умов для тривалого зберігання тіла і за п'ять діб воно вже буде піддаватись гнилісній трансформації, при

якій стане неможливим встановлення причини смерті при ненасильницькій категорії, а в деяких випадках і при насильницькій смерті, наприклад, внаслідок отруєння?

По-третє, слідчого суддю зобов'язали одразу обирати експертне бюро та експерта при призначенні експертизи, наголошуючи на тому, що експертами можуть бути лише ті, які працюють у державних експертних установах [1]. Це не тільки збільшить завантаженість експертної установи, але й може викликати нерівномірний розподіл проваджень серед самих експертів. Оскільки у судді немає інформації щодо навантаження на кожного експерта і він може обирати будь-якого на свій розсуд, то в такому разі можливі випадки нерівномірного перенавантаження серед експертів. Крім того, призначення експертизи лише експертам, які є працівниками державних установ суперечить статті 7 Закону України «Про судову експертизу», в якій вказано, що «...Судово-експертну діяльність здійснюють державні спеціалізовані установи, а також у випадках і на умовах, визначених цим Законом, судові експерти, які не є працівниками зазначених установ...» [2].

Також, варто зазначити, що повернулася норма права, яка може допомогти злочинцям уникнути кримінальної відповідальності. Так, відлік часу йде не з моменту пред'явлення особі підозри у злочині, а з моменту, коли це внесено у єдиний реєстр [1, 3]. Крім того, звертає на себе увагу і поправка до ст. 219 КПК України, де зазначено, що обмежуються терміни досудового розслідування тяжких злочинів до 6 місяців з моменту внесення відомостей до Єдиного реєстру державного розслідування (ЄРДР) з можливістю продовження розслідування за рішенням суду ще на пів року [3]. Такі терміни неприпустимі, наприклад, при розслідуванні злочинів, пов'язаних з економічною корупцією, коли тривалість аналізу банківських операцій може перебільшувати і 7-8 місяців. Однак, при проведенні судово-медичних експертиз такі обмеження у термінах надасть можливість прискорення експертиз, і, якщо раніше, наприклад, у деяких судово-медичних бюро України була трирічна черга на проведення судово-медичної експертизи, то Законопроект № 6232 зобов'язує скоротити ці терміни, що дійсно можливо, навіть при складних експертизах. Це дасть можливість обвинуваченим та потерпілим прискорити отримання рішення суду. Однак, за умов спеціального затягнення експертом строку проведення експертиз, може спровокувати закриття провадження та уникнення злочинцями відповідальності.

Отже, судова реформа хоча і внесла деякі позитивні зміни, однак є ще недосконалою, існують значні суперечності при призначенні експертиз, строки закриття провадження повинні бути індивідуально обґрунтованими щодо кожного окремого випадку.

Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

Котляренко Лідія Теодорівна,
*доктор біологічних наук, професор,
професор кафедри криміналістичного
забезпечення та судових експертиз
Національної академії внутрішніх справ*
Соболєва Інна Володимирівна
*студентка Національного медичного
університету імені О.О.Богомольця*

ПРАВО ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ: ОБОВ'ЯЗОК ЧИ ДЕКЛАРАЦІЯ

Проголосивши свою незалежність, Україна стала на шлях побудови власної демократичної, соціальної, правової держави і громадянського суспільства. Серед інших проблем, що їх вирішує Україна, є утвердження, забезпечення, визнання, гарантування прав і свобод людини, й у першу чергу тих громадян, які в умовах складної воєнно-політичної ситуації, що склалася внаслідок збройної агресії Росії проти України, виконують свій конституційний обов'язок із захисту Вітчизни. Основною формою його виконання є військова служба, яку громадяни проходять у Збройних Силах України, інших військових формуваннях і правоохоронних органах держави. Службова діяльність цієї категорії громадян детально регламентована, часто пов'язана з ризиком для життя та здоров'я, підвищеними вимогами до дисципліни, професійної придатності, фахових, фізичних, вольових та інших якостей.

У зв'язку з цим, держава безпосередньо в Конституції України виокремила військовослужбовців і членів їхніх сімей в окрему категорію громадян, що потребують додаткових гарантій соціального захисту з боку держави, деталізуючи цей обов'язок у Законі України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Події на Сході України розширили сферу соціальної захищеності військовослужбовців – учасників антитерористичної операції (далі – АТО), яких законом віднесено до учасників бойових дій.

Проблему малоефективності існуючої системи соціального захисту деяких категорій громадян, зокрема учасників АТО, та подальше погіршення цієї ситуації констатує Національна стратегія у сфері прав людини [1], яка загалом і спрямована на удосконалення діяльності держави щодо утвердження та забезпечення прав і свобод людини, вирішення системних проблем у зазначеній сфері. Результатом виконання Стратегії має стати запровадження в Україні ефективного (доступного,

застосовуються правила міжнародного договору.

В Україні діє презумпція психічного здоров'я. Це означає, що кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

Згідно з принципами надання психіатричної допомоги: психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

В свою чергу держава гарантує:

- безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

- захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

- соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними;

- встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку.

З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

- створюють мережу психіатричних закладів та організують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;

- забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

- організують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;

- створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади.

Список використаних джерел

1. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. № 1489-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000 р. – № 19, Ст 143
2. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України:

Список використаних джерел:

1. Закон України «Про внесення змін до Господарського процесуального кодексу України, Цивільного процесуального кодексу України, Кодексу адміністративного судочинства України та інших законодавчих актів» // Голос України, № 221-222 (6726-6727), 28.11.2017. – С. 3-78.

2. Про судову експертизу: Закон України / Введений в дію Постановою Верховної Ради № 4038 а-ХІІ (4038 а-12) від 25.02.1994, ВВР, 1994, № 28, ст. 233.

3. Кримінальний кодекс України: станом на 11.02.2013 р.: відповідає офіц. тексту / упоряд. В. І. Тютюгін. – Х. : Право, 2013. – 232 с.

Ковалевська Євгенія Валеріївна

Викладач кафедри судової

медицини та медичного права

Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВІДНОСИН «ЛІКАР-ПАЦІЄНТ»

Конституція України закріплює за кожним українцем право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1]. Права людини у галузі охорони здоров'я можуть мати відношення як до здорових людей, які не потребують медичної допомоги, так і до осіб, які мають певне захворювання, що зумовлює їх звернення до закладів охорони здоров'я. Іншими словами, ці права є у громадян завжди, незалежно від факту наявності або відсутності захворювання і звернення до лікувально-профілактичних закладів. У той же час права пацієнта – це права людини, яка вступила у взаємовідносини з лікувальною установою, тобто особи, що звернулась за медичною допомогою.

Найповніше регламентуються права пацієнтів Основами законодавства України про охорону здоров'я, Декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я. Окрім цього, права пацієнтів можна визначити виходячи з норм Конституції України, Цивільного кодексу України та Клятви лікаря, затвердженої Указом Президента України.

Серед загальних прав пацієнтів, визначених в законодавстві, можна зазначити такі: право на кваліфіковану, ефективну та своєчасну медичну допомогу; право на вибір лікаря, медичного закладу, метод лікування (обстеження); право надавати інформативну згоду на будь-яке медичне втручання; право на інформацію про стан здоров'я та поставлений діагноз; право на інформацію про методи лікування; право на ознайомлення з медичною документацією; право на збереження медичної таємниці; право на відмову від лікування; право відмови від участі в експериментальних

програмах (клінічні дослідження медичних препаратів, нові методи лікування та інше); право на спілкування з духовними наставниками незалежно від віросповідання (з урахуванням режиму роботи відділень); право на висловлення скарг, відносно догляду та лікування [3].

В правовому регулюванні охорони здоров'я, зокрема і прав пацієнта у взаємовідносинах «лікар-пацієнт», містяться деякі прогалини. Наприклад, Основи законодавства України про охорону здоров'я не містить правової норми, яка б чітко визначала права людини у разі її звернення за медичною допомогою.

З прийняттям восени 2017 року Медичної реформи в Україні відтепер пацієнти зможуть обирати заклад та сімейного лікаря на власний розсуд. З обраним лікарем необхідно буде укласти контракт. Лікаря можна вибрати як з державних клінік, так і з приватних. І обраний лікар не має права відмовити. Але, поки що не створено єдиного порталу, де пацієнти зможуть ознайомитись з інформацією про кожного лікаря та його професійними добутками. Тобто пацієнтам доведеться підписувати контракти з вже «знайомим» лікарем у якого він обслуговувався до цього, і навіть якщо пацієнт не був задоволений якістю послуг, або обирати нового лікаря навмання. Хоча відтепер, в разі надання неякісних медичних послуг обраним лікарем, пацієнт має право розірвати контракт з лікарем і підписати з новим.

Паралельно виникає інше потенційно правове конфліктне питання – підписання контрактів з лікарями неповнолітніми особами. Після прийняття Медичної реформи продовжують діяти норми Цивільного кодексу України, які регламентують те, що фізична особа, яка досягла 14-ти років і яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Залишається відкритим питання, хто відтепер буде підписувати договори з лікарями: 14-ти річні підлітки чи їх повнолітні законні представники, а саме батьки, опікуни чи піклувальники [3].

Для реалізації пацієнтом права на отримання інформації про стан свого здоров'я існують нормативні гарантії, визначені Законом України «Про захист персональних даних», а також положення, закріплені в ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 1 ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Особисті немайнові права на персональні дані, які має кожна фізична особа, є невід'ємними й непорушними [2]. Втім, як свідчить практика, лікарі часто наштовхуються на спірні питання стосовно того, як саме надавати таку інформацію (пацієнту, його законним представникам, адвокату тощо), щоб не порушити лікарську таємницю і водночас задовольнити законні вимоги пацієнта.

Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з

Короп Олександр Олександрович

студент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – старший викладач

Хміль Ірина Юрївна

Кафедра судової медицини та

медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГРОМАДЯН ПСИХІАТРИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Психіатрія належить до тих напрямів медичної діяльності, які найбільш актуальні з позицій правового регулювання. Історія нашої країни є переконливим доказом того, як недостатня увага до проблем юридичного забезпечення психіатричної медичної допомоги в поєднанні з девальвацією правового статусу людини здатне негативно відобразитися як на самій психіатрії, так і на тих, хто пов'язаний з наданням психіатричної медичної допомоги. У той же час прагнення України до соціально-економічних і політичних перетворень сприяло також посиленню уваги до забезпечення і захисту прав пацієнтів взагалі та у сфері психіатрії зокрема. Проте кризові явища в економіці, які супроводжували ці перетворення, негативно позначилися на певній частині населення, що призвело до збільшення кількості відхилень у стані психічного здоров'я населення.

Зважаючи на це, варто звернути увагу на правові та організаційні аспекти забезпечення громадян психіатричною допомогою.

Законодавство України про психіатричну допомогу ґрунтується на Конституції України і складається з «Основ законодавства України про охорону здоров'я», Закону України «Про психіатричну допомогу» та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Згідно з Законом України «Про психіатричну допомогу», психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади.

Дія Закону України «Про психіатричну допомогу» поширюється на громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про психіатричну допомогу, то

норм закону), велике занепокоєння за здоров'я пацієнта. Узагальнюючи отримані результати експертної оцінки медичної документації, можна виділити такі принципові моменти, що стосуються реалізації прав пацієнта. Письмова фіксація права пацієнта на згоду на медичне втручання виявлена тільки в 78% розглянутих випадків. Процедура оформлення відмови пацієнта від медичного втручання відповідно до положень закону дотримувалася тільки в половині випадків. У всіх випадках спостереження була відсутня вказівка на проведену з пацієнтом бесіду про наслідки відмови. Вказівка на коло осіб, що мають право на отримання інформації про пацієнта, а також об'єм відомостей, які можуть бути ним передані лікарем, був відсутній у 75% випадків спостереження. Таким чином, існуючі підходи до письмового оформлення прав пацієнта не дозволяють говорити про повноцінне забезпечення його прав при отриманні медичної допомоги в державних закладах.

Незадовільний стан правової інформованості пацієнтів у сфері надання медичної допомоги, що обумовлює, у тому числі, недостатню ступінь активності пацієнтів в реалізації своїх прав і те, що знижує рівень правового забезпечення процесу надання медичної допомоги свідчить про необхідність пошуку і впровадження найбільш реальних і ефективних підходів до правової просвіти пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Антонов С.В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг. к. ю. н. по спеціальності, 2006, С. 12.
2. Бескид Й.М. Сучасний стан та фінансове забезпечення сфери соціальних послуг в Україні. Світ фінансів, 2005, 1 (2): 102-107.
3. Галай В.О. Реалізація прав людини та громадянина в контексті захисту прав пацієнтів: теоретико-правовий аспект. 2010.
4. Загорський В., Лободіна З., Лопушняк Г. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Зоряна Лободіна, 2010.
5. Оверко Г.Я. Відшкодування моральної шкоди, заподіяної при наданні медичних послуг в Україні: монографія. Інститут держави і права ім. ВМ Корецького, 2012.
6. Сенюта І.Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження). ІЯ Сенюта, 2006.
7. Шейман И.М. Новые экономические процессы в европейском здравоохранении. Общественные науки и современность, 2009, 2. – С. 48-63.

відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я [3].

Останніми роками простежується тенденція, що медичні працівники і керівники закладів охорони здоров'я нерідко помилково ототожнюють медичну інформацію і лікарську таємницю. Треба пам'ятати, що медична інформація – це інформація для пацієнта, а медична (лікарська) таємниця – це інформація про пацієнта.

Також існує ще одна законодавча прогалина, чинним законодавством не передбачено видачу хворому лікувальним закладом засвідчених копій медичних карток амбулаторного хворого та медичних карток стаціонарного хворого. Суди, як правило, задовольняють позови про зобов'язання вчинити певні дії, зокрема, надати пацієнтові інформацію про стан здоров'я та іншу медичну інформацію, документи, що підтверджують оплату грошових коштів за медичні послуги. 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.

Зауважимо, що з переходом на договірне регулювання надання медичної допомоги, надання медичної допомоги як послуги підпадає під дію ЗУ «Про права споживачів». Пацієнти повинні пам'ятати, що в разі надання лікарем неякісної медичної допомоги, вони мають право витребувати матеріального та морального відшкодування.

Підсумувавши вищевикладене можемо прийти до висновку, що наразі є необхідність чіткого визначення прав пацієнтів, розширення їх каталогу та систематизації шляхом прийняття спеціалізованих актів, а саме Медичного кодексу України, Закону України «Про правовий статус пацієнтів в Україні», у яких би закріплювались права й обов'язки пацієнтів і гарантії їх забезпечення.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Верховна Рада України; Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.
3. Цивільний кодекс України: Закон № 435-IV від 16.01.2003 (з змінами) / Голос України. – 2003. – №45 від 12.03.2003.

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

5. Стеценко С.Г. Медичне право України (реалізація та захист прав пацієнтів): монографія / С. Г. Стеценко, В. О. Галай. – К. : Атіка, 2010. – 166 с.

Козак Уляна Ярославівна

Начальник Військово-медичної служби

Управління СБУ у Львівській області

Роняк Роман Петрович

лікар-хірург Військово-медичної служби

Управління СБУ у Львівській області

ПРОБЛЕМА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ПРИ НАДАННІ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ВІДОМЧОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Реформування системи охорони здоров'я є в даний час одним з пріоритетних напрямів розвитку країни, необхідною умовою її економічного і культурного розвитку [4]. Однією з тенденцій в останні роки стає зростання частки платних послуг в системі державної охорони здоров'я як джерела компенсації дефіциту бюджетних коштів [2, 7].

В Україні все більш чітко усвідомлюється важливість гуманітарних аспектів медицини, зростає інтерес до правових основ медичної діяльності. Особливий зв'язок медицини з правом, значимість інформації про все, що так чи інакше відноситься до медико-правових питань, взаємовідносин між лікарями й пацієнтами найбільш гостро проявляються за останні роки [3, 6].

Проблема реалізації прав пацієнтів при наданні платних медичних послуг є однією з найбільш складних і суперечливих в медичній практиці. З одного боку, Основами законодавства України про охорону здоров'я (1992) закріплено правовий статус пацієнтів, що дозволяє їм самостійно реалізувати окремі права при зверненні за медичною допомогою. З іншого боку, дані багатьох досліджень засвідчують недостатню реалізацію цих прав [1, 3].

Багато фахівців вказує на недостатню інформованість як лікарів, так і самих пацієнтів про особливості їх правового статусу, законодавчу основу прав пацієнтів при зверненні за медичною допомогою. Підвищення грамотності населення про правові основи медичної допомоги, тобто права просвіта визнається в даний час як актуальне завдання органів і закладів охорони здоров'я [5, 6].

Час вимагає кардинальних змін в підходах до вирішення проблем системи охорони здоров'я. Настала пора для розробки нових моделей

надання медичних послуг і у відомчих закладах охорони здоров'я, які не тільки значно піднімають імідж закладу в суспільній системі охорони здоров'я, але й стають важливим додатковим джерелом фінансування власних потреб. В умовах ринкової економіки проблема якості тісно пов'язана з доступністю та вартістю медичних послуг. При цьому простежується зв'язок рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги з реалізацією прав пацієнта.

Однак сьогодні практично відсутні дані про комплексні дослідження, присвячені питанням інформованості лікарів та самих пацієнтів про механізм реалізації прав при наданні платних медичних послуг у відомчих закладах охорони здоров'я.

З метою дослідження думки споживачів про реалізацію платних послуг в охороні здоров'я нами проведено анкетування і інтерв'ювання 156 пацієнтів, які постійно мешкають в м. Львові і що звернулися за платною медичною допомогою до ВМС УСБУ у Львівській області. При проведенні дослідження і зіставленні показників в двох основних групах (лікарі і пацієнти) виявлено високий рівень зацікавленості до правових питань і усвідомлення необхідності їх освоєння усіма учасниками дослідження. Але тільки 14,9% пацієнтів мали чіткі уявлення про особливості правового статусу пацієнтів різного віку при зверненні за медичною допомогою. Відносно інформованості респондентів про окремі права пацієнта виявлено такі тенденції. Лікарі досить добре обізнані про наявність законодавчої бази прав пацієнта на згоду на медичне втручання, інформацію про стан здоров'я, лікарську таємницю, дещо гірше – про право на відмову від медичного втручання. Проте при вивченні показників, що характеризують правильне розуміння механізму реалізації, нормативного змісту прав, виявлено явне зниження рівня інформованості. Пацієнти, в цілому, найкраще інформовані про право пацієнта на інформацію про стан здоров'я, дещо менше – про право на відмову від медичного втручання і найгірше – про права на згоду і лікарську таємницю. Відповідно, загальний рівень інформованості пацієнтів про свої права при зверненні за медичною допомогою було оцінений як низький. Основними чинниками, що впливають на формування правової інформованості у пацієнтів, були низька активність у вивченні правових питань і частота звернення за медичною допомогою. При цьому лікарі, досить низько оцінюючи власний рівень правової грамотності, критикують практично невідомі їм закони та інші нормативні акти, що регламентують правовий статус пацієнта, саме за їх недоліки, а також завантаженістю і недостатністю часу на роботі, намагаючись пояснити неповноцінне здійснення правових гарантій. Чинниками, що обумовлюють низький рівень реалізації прав пацієнта, є недостатня права інформованість медиків про механізми здійснення прав пацієнтів, правовий нігілізм (явне заперечення й ігнорування на практиці відомих