

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПРАВОВИХ НАУК УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ
ЗЛОЧИННОСТІ ІМЕНІ АКАДЕМІКА В. В. СТАШИСА
НАЦІОНАЛЬНИЙ ЮРИДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЯРОСЛАВА МУДРОГО
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО І МЕДИЧНОГО ПРАВА»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ВСЕУКРАЇНСЬКА ФАРМАЦЕВТИЧНА ПАЛАТА»

МЕДИЧНЕ ПРАВО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Матеріали сателітного заходу
в межах V Харківського міжнародного юридичного форуму

21 вересня 2021 року

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПРАВОВИХ НАУК УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ
ЗЛОЧИННОСТІ ІМЕНІ АКАДЕМІКА В. В. СТАШИСА

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЮРИДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЯРОСЛАВА МУДРОГО

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО І МЕДИЧНОГО ПРАВА»

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ВСЕУКРАЇНСЬКА ФАРМАЦЕВТИЧНА ПАЛАТА»

МЕДИЧНЕ ПРАВО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

**Матеріали сателітного заходу
в межах V Харківського міжнародного юридичного форуму**

21 вересня 2021 року

Електронне наукове видання

Харків
«Право»
2021

УДК 342.951:351.82

M42

Укладачі:

Т. О. Михайліченко, кандидат юридичних наук, доцент;

П. П. Нога, асистент

Рекомендовано до опублікування та поширення через мережу Інтернет вченою радою Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса Національної академії правових наук України (протокол №12 від 17 листопада 2021 року)

Медичне право та фармацевтичне право: виклики сьогодення : матеріали М42 сателіт. заходу в межах V Харків. міжнар. юрид. форуму, 21 верес. 2021 р. : електрон. наук. вид. / [уклад.: Т. О. Михайліченко, П. П. Нога] ; Нац. акад. прав. наук України ; НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса ; Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого [та ін.]. – Харків : Право, 2021. – 122 с.

ISBN 978-966-998-299-5

У збірник включено матеріали, присвячені обговоренню нагальних питань, що стосуються правового забезпечення медичної та фармацевтичної галузей, а також проблем реформування сфери охорони здоров'я. Висвітлено думки фахівців щодо порушення права громадян на безоплатні медичні послуги, змін, які відбулися у сфері охорони здоров'я через пандемію гострої респіраторної хвороби COVID-19, загальнонаціональної вакцинальної кампанії проти коронавірусної хвороби та очікувань громадян України від вакцинації, розвитку аптечного ринку, кримінологічних і кримінально-правових проблем охорони здоров'я в умовах COVID-19.

Для наукових і практичних працівників у галузі медицини та права, студентів, аспірантів і викладачів закладів вищої освіти, а також широкого кола читачів.

Відповідальність за достовірність даних несуть автори публікацій.

Видання в електронному вигляді розміщується у відкритому доступі на сайті Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса Національної академії правових наук України в розділі «Інфопідтримка. Електронні джерела» (<https://ivrz.kh.ua/uk/електронна-бібліотека/>, розділ III «Матеріали наукових конференцій і семінарів»).

Для опису видання чи посилання на нього слід використовувати пряме посилання на збірник.

УДК 342.951:351.82

© Науково-дослідний інститут вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса, 2021

© Видавництво «Право», оформлення, 2021

ISBN 978-966-998-299-5

ЗМІСТ

Авдєєва Г. К.	
ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....	6
Ахтирська Н. М.	
АНТИКОРУПЦІЙНЕ ЗАКОНОДАВСТВО НА СТОРОЖІ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН.....	9
Батиргарєєва В. С.	
ЕПІДЕМІЧНА СВІДОМІСТЬ: ЧИ ГОТОВЕ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ДО...?	13
Борисов В. І.	
ПРАВА І СВОБОДИ ЛЮДИНИ У КОНТЕКСТІ ПРАВООБМЕЖЕНЬ, ЗУМОВЛЕНИХ ПАНДЕМІЄЮ COVID-19	20
Вишневська І. А.	
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАНИ ЛЮДИНИ В ПРОЄКТІ КК УКРАЇНИ	25
Гаркуша А. О.	
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ КОРИСТУВАЧА E-HEALTH ТЕХНОЛОГІЙ: ЧИ ПОВИНЕН МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК НЕСТИ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ?	29
Горностай А. В.	
СУБ'ЄКТ СТ. 117 КК УКРАЇНИ: БІОЛОГІНА ЧИ СУРОГАТНА МАТИ?	33
Горпинюк О. П.	
КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ОХОРОНА ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я У ПРОЄКТІ КК УКРАЇНИ	36
Гуторова Н. О.	
КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЗАРАЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОЮ ХВОРОБОЮ.....	40
Євтєєва Д. П.	
ВАКЦИНАЦІЯ ВІД COVID-19 В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ВИМІР	42

Забуга Ю. Ю.

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРИМУСОВОЇ
ВАКЦИНАЦІЇ ОКРЕМОЇ КАТЕГОРІЇ ПРАЦІВНИКІВ
ЗА ЧИННИМ УКРАЇНСЬКИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ 48

Калініна А. В.

МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ ПРО PUBLIC HEALTH В КРАЇНІ
В УМОВАХ COVID-19..... 53

Кашинцева О. Ю.

ЛІБЕРАЛІЗАЦІЯ ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ
В СФЕРІ ФАРМАЦІЇ: ВИКЛИКИ ПАНДЕМІЇ..... 57

Клімов О. І.

АПТЕКА – ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я,
А НЕ МІСЦЕ З ПРОДАЖУ ЛІКІВ 60

Козут Н. Д.

ПРАВОВІ ПИТАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ
ЗА ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ ВАКЦИН 64

Колодяжний М. Г.

СУЧАСНИЙ РІВЕНЬ ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ 68

Кришевич О. В.

ЗЛОЧИНИ ЩОДО ДІТЕЙ:
АКЦЕНТ НА СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО 72

Михайліченко Т. О.

ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОШИРЕННЯМ
КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ
ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 76

Савчин М. В.

СТРУКТУРА ПРАВА НА МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ:
СУЧАСНІ ТРЕНДИ У СВІТЛІ ВИКЛИКІВ 81

Нога П. П.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ
ЯКОСТІ ВАКЦИН ПРОТИ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ
ХВОРОБИ COVID-19..... 87

Пашков В. М.	
ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦИФРОВОГО МАРКЕТИНГУ В СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	91
Полховська І. К. Сидоренко А. С.	
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ.....	94
Пономаренко О. М.	
ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОШЛЮБНОГО МЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ У ПРОЦЕСАХ РЕКОДІФІКАЦІ ЦК УКРАЇНИ ТА ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	98
Приходько О., Руднєва О. М.	
РОЛЬ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ПОДОЛАННІ КРИЗ «КОВІДНОЇ ЕРИ».....	102
Рєпіна Ю. С.	
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЄДНОСТІ СУДОВОЇ ПРАКТИКИ З ПИТАНЬ МЕДИЧНОГО ПРАВА.....	106
Руднєва О. М.	
ПОРУШЕННЯ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ПРАВ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОВІД-19.....	110
Тищенко О. І.	
ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД ЯК ЮРИДИЧНИЙ ФАКТ: ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ РАКУРС.....	113
Шрамко С. С.	
ЩОДО ОБ'ЄКТІВ ЗАПОБІЖНОГО ВПЛИВУ ПІД ЧАС УСУНЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИХ ТА КРИМІНОЛОГІЧНИХ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЙ ТА ЕПІДЕМІЙ В УКРАЇНІ.....	117

*Авдєєва Г. К.
к.ю.н., старший науковий співробітник,
провідний науковий співробітник НДІ
вивчення проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташиса НАПрН України*

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Людська цивілізація багато разів страждала від вірусних і бактеріальних захворювань, які широко поширювались і спричиняли пандемії і масові смерті. Такими прикладами є: епідемія тифу в Афінах в 490 р. до н.е.; епідемія чуми Кипріяна у Римській імперії (249–262 р.р. н.е.); пандемія чуми Юстиніана у Східній Римській імперії (541–543 р.р. н. е.); друга пандемія чуми «чорна смерть», яка вбила третину населення Європи (1347–1353 р.р.); 2 пандемії грипу 1510 р. та 1557 р.; третя пандемія чуми, яка тривала від 1894 по 1921 р.р. та призвела до смерті близько 20 млн людей у світі; 7 пандемій холери (XIX–XX ст. ст.). Протягом XII–XIX ст.ст. у світі виникали численні пандемії грипу. Найбільшою за кількістю смертей була пандемія іспанського грипу, яка протягом 1918–1919 р.р. призвела до смерті від 20 до 50 млн людей у світі. Всі ці епідемії і пандемії призводили до політичних та економічних змін, викликали потужні стреси та негативно впливали на психічне здоров'я людей.

Ще під час пандемії іспанського грипу більше 100 років тому вчені звернули увагу на те, що вірусні інфекції впливають на психічне здоров'я людини і часто викликають психічні розлади. При подальших дослідженнях було встановлено, що поєднання системної інфекції та стресу стимулює розвиток психічних патологій, які ускладнюють перебіг пандемії [1, с. 2].

У березні 2020 р. Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила про початок пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19). На 1 жовтня 2021 р. у світі захворіло на COVID-19 близько 250 млн. осіб, а померло внаслідок цієї хвороби близько 5 млн. Через це пандемія хвороби COVID-19 спричинила у людства потужний тривалий емоційний стрес, до якого призвели й різкі зміни у повсякденному житті всіх верств населення, включаючи соціальну ізоляцію.

На думку італійських вчених вірус COVID-19 може викликати пошкодження стовбура та інших структур мозку, а надмірний психологічний стрес посилює такий вплив та викликає депресію, психози, аутизм, зловживання наркотиками, порушення сну та епілепсію. Проведене ними дослідження нервово-психічних наслідків SARS-COV-1 у 40 % пацієнтів показало виникнення посттравматичного стресового розладу, у 36,4 % – депресії та захворювання на тривожні розлади. Особливо вразливими є особи похилого віку. [2, с. 4].

Через систематичну появу у свідомості людини тяжких спогадів, не завжди після завершення стресової ситуації психічне здоров'я людини повністю відновлюється, а посттравматичний стресовий розлад, який зазвичай супроводжується депресією, тривогою, наркоманією та високим рівнем самогубств, перетворюється у тяжку психологічну травму [3, с. 50].

Вчені США під час онлайн-опитування осіб, які перебували на самоізоляції вдома, встановили наявність у більшості з них симптомів депресії, тривожності, нав'язливих думок, безсоння та гострого стресу [4, с. 1]. За результатами аналізу електронних медичних карт більше 230 тис. пацієнтів, які перехворіли коронавірусною хворобою, встановлена наявність неврологічних та психіатричних захворювань у 33,62 % осіб, які не перебували на стаціонарному лікуванні, з них 12,84 % пацієнтів отримали такий діагноз вперше. Серед пацієнтів, які перебували в лікарні, такі діагнози мали 46,42 %, а вперше їх отримали – 25,79 % [5, с. 420].

Китайські вчені під час опитування близько 15 тис. студентів коледжів середнім віком 20,5 років встановили, що внаслідок стресу і негативних емоцій, пов'язаних з пандемією COVID-19, більшість з них отримали депресивний стан. При цьому з'ясувалося, що депресивні симптоми та стресові реакції частіше зустрічаються у дівчат, ніж у хлопців [6, с. 37].

Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я Тедрос Адхан Гебреїсус зазначає, що масова емоційна травма через пандемію COVID-19 перевищує масову травму, яка виникла внаслідок Другої світової війни. Вона є довготривалою та охоплює майже весь світ [7].

В таких умовах в усіх країнах світу на державному рівні потрібно створювати програми підтримки психічного здоров'я, які включатимуть удосконалення протоколів лікування коронавірусної хвороби з урахуванням зміцнення психічного здоров'я пацієнтів та створення служб психічного здоров'я населення.

Список використаних джерел:

1. Steardo L., Steardo L., Verkhratsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl Psychiatry*. 2020. №261. P.1–12.

2. Luca Steardo Jr, Luca Steardo, Alexei Verkhratsky. Psychiatric face of COVID-19. Steardo Jr, et al. *Translational Psychiatry*. 2020. №261. P. 1–12.

3. Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Krauseneck T, Stoll C, Schelling G. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004. №161(1). P.45–52.

4. William D. S. Killgore, Sara A. Cloonan, Emily C. Taylor, Matthew C. Allbright, Natalie S. Dailey. Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*. University of Arizona College of Medicine, United States. 2020. №293. P. 1–4.

5. Taquet M., Geddes JR., Husain M., Luciano S., Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021. 8. P. 416–427.

6. Li X., Lv Q., Tang W., Deng W., Zhao L., Meng Y., Guo W., Li T. Psychological stresses among Chinese university students during the COVID-19 epidemic: The effect of early life adversity on emotional distress. *J Affect Disord*. 2021 №282. P.33–38.

7. WHO warns of «mass trauma» caused by COVID-19 pandemic. *Xinhua*. 2021-03-06. URL: http://www.xinhuanet.com/english/2021-03/06/c_139788304.htm.

*Ахтирська Н. М.
к.ю.н., доцентка, доцентка кафедри
кримінального процесу та
криміналістики Інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка*

АНТИКОРУПЦІЙНЕ ЗАКОНОДАВСТВО НА СТОРОЖІ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН

В умовах сучасних викликів та загроз здоров'ю населення виникла нагальна потреба зосередити зусилля міжнародної спільноти у галузі фармацевтичних досліджень, медичної верифікації одержаних результатів, розробки та постачання технічного забезпечення для впровадження схвалених методик лікування. На це скерована низка міжнародних документів, зокрема, Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Міжнародне співробітництво в цілях забезпечення, глобального доступу до ліків, вакцин та медичного обладнання для протидії COVID-19» від 20 квітня 2020 року. Вказані процеси супроводжуються затвердженням держаних та міждержавних угод щодо співробітництва, уряди вносять корективи в бюджетне фінансування, спрощуються процедури державних закупівель, що водночас створює ризики корупційного зловживання. Генеральний секретар ООН Антоніу Гутеріш зазначив, що заходи щодо боротьби з пандемією створюють підґрунтя для зловживань та корупції, що перешкоджає подоланню коронавірусу. Він закликав держави зробити все можливе для скерування ресурсів у відповідності з нагальними потребами.

З урахуванням темпів поширення пандемії, уряди не завжди мають час на перевірку постачальників та визначення ціни на ліки та товари медичного призначення. Внаслідок чого на фармацевтичний ринок можуть надійти неякісні ліки, медичне обладнання. Змова між тими, хто контролює ланцюг постачання, призвів до невинуватеного здорожчання необхідних для життя та лікування товарів. На думку А. Гутеріша, корупція – це злочинне, аморальне явище, яке підриває суспільну довіру, що зумовлює необхідність підтримки та зміцнення антикорупційних інститутів [1].

Щорічно держави не отримують до 500 мільярдів доларів, які злочинні угруповання виводять закордон. В світі щорічно відмивається

1,6 трлн. доларів, що складає 2.7 % світового ВВП [2]. Оскільки трильйони доларів, які були скеровані на боротьбу з пандемією, не дійшли до споживачів, що спричинило тисячі смертей, ООН ініціювала проведення спеціального засідання щодо боротьби з корупцією та легалізацією доходів в умовах пандемії.

У Франції 1 жовтня 2020 року набрав чинності закон, яким посилена відповідальність за одержання неправомірної вигоди, пільг, подарунків, привілеїв особливо у сфері охорони здоров'я та фармації, посиленому контролю підрозділів фінансової розвідки піддаються операції щодо фінансування (пожертв) наукових досліджень у галузі фармацевтичної та медичної діяльності задля запобігання легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом. Законом передбачається збільшення штрафів за одержання або надання пільг (до двох років тюремного ув'язнення або штраф до 750 000 євро). Окрім того, визначено коло осіб, яким заборонено пропонувати або надавати пільги (до таких осіб включено тих, хто надає медичні послуги та проводить відповідні дослідження). Вказаним Законом у Франції унормовані нові вимоги до укладання угод, в яких мають обов'язково вказуватися бенефіціари (проміжкові та кінцеві). Укладання контактів потребує схвалення відповідними органами після ретельної перевірки [3].

Щодо відповідальності юридичних осіб, то за даними Державної судової адміністрації України, судами не було ухвалено жодного вироку, попри численні повідомлення про відкриття кримінальних проваджень. За досвідом Естонії, корупційні злочини завдають шкоду також здоров'ю населення, складають загрозу національній безпеці. Так, з метою розповсюдження ліків певної фармацевтичної компанії були укладені «дружні» договори з 323 лікарями, які мали б за відповідну винагороду призначати та рекомендувати пацієнтам саме ліки даного виробника (попри недоведеність лікувальних переваг та за наявності ефективних лікувальних засобів інших фармацевтичних компаній). За результатами судового розгляду був ухвалений вирок фізичним особам, які діяли в інтересах фармацевтичної компанії, а також щодо юридичної особи. Законодавством Австралії в 2011 році визначено, що юридичні особи несуть відповідальність за дії співробітників, які виконували певні функції в межах посадових інструкцій, а підприємство розраховувало при цьому на одержання прибутків [4].

З урахуванням досвіду інших держав, рекомендацій ООН, FATF та MONEYVAL доцільно передбачити відповідні механізми процесуаль-

ного забезпечення розслідування корупційних злочинів, що вчиняються у сфері медицини та фармакології: встановити заборону на ліквідацію, реорганізацію, продаж цінних паперів, зміну країни реєстрації, перенесення виробничих потужностей, поновити в кримінальному процесуальному законодавстві можливість призначати перевірки та ревізії (на чому наполягають представники слідчих органів), укласти міжнародні договори щодо міжнародного співробітництва у сфері боротьби зі злочинами, що вчиняються юридичними особами (таку доцільність визнають експерти USAID); відповідальність має наставати для юридичних осіб навіть за умови не встановлення конкретної фізичної особи, причетної до вчинення злочину, або за її відсутності (закриття провадження у зв'язку зі смертю). З метою встановлення контролю за створенням мережі аптечних закладів доцільно враховувати досвід Словенії, де по запиту муніципалітету 9 вересня 2021 року Конституційний суд дав оцінку окремим положенням Закону Словенії «Про аптекарську діяльність» та визначив критерії та органи, які визнають доцільність діяльності аптек на певній території. [5].

За рівнем розвитку здоров'я Україна посідає 114 позицію із 167 у рейтингу Індексу процвітання Легатум (Legatum Prosperity Index), що є критичним та потребує фокусу на розвитку цієї сфери. Українці живуть на дев'ять років менше, ніж у середньому громадяни ЄС. Рівень охоплення вакцинами DPT-3 (дифтерія – стовбняк – кашлюк) у 2017 році становив лише 50 відсотків (один з найгірших результатів серед усіх країн світу). За інформацією Держстату, Україна витрачає 237 доларів США на громадянина на забезпечення надання медичних послуг, що приблизно у 2,7 рази менше, ніж у Польщі, та у 11,5 рази менше, ніж в Ізраїлі [6]. У сфері охорони здоров'я необхідні системні зміни для покращення показників здоров'я та тривалості життя громадян, а також правова регламентація контролю задля мінімізації ризиків нецільового використання коштів.

Список використаних джерел:

1. Глава ООН: борьба с пандемией создает почву для злоупотреблений и коррупции. URL: <https://news.un.org/ru/story/2020/10/1388322>.
2. ООН: из-за финансовых преступлений правительства теряют сотни миллиардов долларов, которые можно было бы потратить на социальное развитие. URL: <https://news.un.org/ru/story/2020/09/1386622>.

3. The entry into force of reinforced anti-gift restrictions. URL: [https://www.cliffordchance.com/content/dam/cliffordchance/briefings/2020/06/The %20entry %20into %20force %20of %20reinforced %20anti-gift %20restrictions.p](https://www.cliffordchance.com/content/dam/cliffordchance/briefings/2020/06/The%20entry%20into%20force%20of%20reinforced%20anti-gift%20restrictions.p)

4. Ответственность юридических лиц за коррупцию в странах Восточной Европы и Центральной Азии. URL: <https://www.oecd.org/corruption/acn/ACN-Liability-of-Legal-Persons-2015-RUS.pdf>.

5. Odločba Ustavnega sodišča št. U-I-65/17 z dne 2. 9. 2021. URL: <https://www.us-rs.si/odlocba-ustavnega-sodisca-st-u-i-65-17-z-dne-2-9-2021/>.

6. Національна економічна стратегія на період до 2030 року від 3 березня 2021 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179>.

*Батургарєєва В. С.
д.ю.н., професор, директор НДІ
вивчення проблем злочинності ім. акад.
В.В. Сташиса НАПрН України,
головний науковий співробітник
Державної наукової установи
«Інститут інформації, безпеки і права»
НАПрН України*

ЕПІДЕМІЧНА СВІДОМІСТЬ: ЧИ ГОТОВЕ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ДО....?¹

Уже другий рік поспіль у світі, напевно, немає іншої, більш актуальної теми, ніж боротьба з пандемії COVID-19, що супроводжуються численними негативними соціально-правовими і кримінологічними наслідками. Тому недаремно, методологічною передумовою визначення будь-яких заходів з обмеження зазначених наслідків як в Україні, так й у світі в цілому є популярне висловлювання про те, що «світ ніколи вже не буде таким, як раніше». Потрапляючи у таку ситуацію в майбутньому, будь-яка країна або регіон намагатимуться бути самодостатнім, аби уникнути жорсткої залежності власної економіки, яких би то не було процесів і навіть епідемічного стану у власній країні від інших суб'єктів світового простору, оскільки закриття кордонів, соціальне дистанціювання, помножене на соціальну ізоляцію, а так само перманентні мораторії на скупчення людей та їх переміщення простором фактично паралізували значну частину «звичної» економіки. І такий стан та розуміння поточної ситуації підводить до ще одного висновку принципового характеру: віднині соціуми як такі постійно мають знаходитися у стані «бойової» готовності до нових випробувань, серед яких пандемії, епідемії, голод, техногенні та природні катастрофи та ін. будуть посідати перші сходинки у топ-листі небезпек, що можуть загрожувати людству у будь-який час.

Наведене свідчить про те, що пандемія є тією подією, котра багато в чому «перепише» історію поступального і в якійсь мірі, як вважалося ще певний час тому, загалом передбачуваного розвитку людства. Разом із тим

¹ *Примітка.* Матеріал підготовлено на виконання проєкту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстр. номер 2020.01/0155), що виконується за підтримки Національного фонду досліджень України.

у немалому ступені непередбачуваності подальшого сценарію розвитку чи то людства в цілому, чи то окремої країни сприяє ставлення людей до заходів забезпечення від небезпечних інфекційних хвороб й у такий спосіб до власної долі. Це припущення заслуговує на неабияку увагу, щоб, у решті-решт, відповісти на запитання: наскільки недостатньо свідоме поведінка самих людей загрожуватиме сприятливому розв'язанню ситуації із пандемією, а отже, загрожуватиме їх життю та здоров'ю?

Відповісти на це запитання можна насамперед за допомогою, об'єктивно кажучи, замірів масової свідомості, внаслідок чого, з одного боку, отримується зріз пандемічної ситуації у країні, а з другого, створюється прообраз майбутньої картини подальшого розвитку подій у пандемічний період, який все ще триває, та за постпандемічних часів.

У НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України на замовлення Національного фонду досліджень України реалізується проект під назвою «Соціально-правові та кримінологічні наслідки пандемій та шляхи їх усунення в Україні», метою якого є, зокрема, з'ясування впливу на життєдіяльність українського суспільства та психологічний стан населення нашої країни такої екстраординарної події, як пандемія COVID-19 та її наслідки. Для цього в різних регіонах України у листопаді-грудні 2020 р. проведено опитування понад двох тисяч пересічних громадян ($n=2\ 388$). Так само отримані результати опитування економістів і фінансистів, медиків, правоохоронців, фахівців, що переймаються проблемами санітарно-епідемічного стану у країні та представників громадських організацій.

Результати опитування (особливо медичних працівників та пересічних українських громадян), виявив широкий спектр проблем соціально-правового, економічного, медичного, психологічного та ін. характеру, дозволили дійти головного висновку: масова свідомість як така і події, що нею віддзеркалюються, свідчить про перебування українського суспільства у фазі сингулярності: замість того, щоб згуртуватися перед обличчям серйозної небезпеки, ми роз'єднані; замість того, щоб бути обережними та дбати про себе і близьких, не говорячи вже про збереження всього суспільства у режимі принаймні штатного функціонування, ми сперечаємося про марність протиепідемічних заходів, що вживаються керівництвом країни, та ін. Таким чином, отримані групою дослідників результати опитування стали свідченням повного провалу системи колективної безпеки в умовах необхідності рішучому протистояння небезпечній інфекційній хворобі.

Проілюструємо більш докладно цю ситуацію, але спочатку звернемо увагу на одну особливість якісного складу громадян України, що взяли участь в опитуванні. Справа в тому, що нашому Інтернет-опитуванню взяли участь 79 % жінок та 21 % чоловіків. Подібне співвідношення респондентів свідчить про те, що жінки в оцінці конкретної проблеми виявилися більш активною частиною населення України, ніж чоловіки. Проте така вибірка є цілком валідною, адже надана інформація щодо ставлення до конкретної проблеми COVID-19 в цілому, не залежить від того, чи домінують у виборці, нехай і стихійно утвореної, жінки або чоловіки, оскільки вірус, що передається повітряно-крапельним шляхом, не корелює зі статтю людини.

Разом із тим треба звернути увагу на те, що в проведеному опитуванні взяли участь чимало тих осіб, стосовно яких або їх рідних і близьких є достовірна інформація щодо перенесеного захворювання на COVID-19. На такий факт вказали 19,1 % респондентів. Це означає, що респонденти добре обізнані з приводу проблеми та здатні якомога об'єктивніше оцінити небезпеку тих наслідків, з якими наше суспільство буде існувати ще тривалий час. До цієї групи слід додати й тих, хто припускають, що вони цілком можливо вже перехворіли (34,5 %). У такій ситуації люди мають розуміти, наскільки швидкими є темпи поширення небезпечної хвороби і наскільки важливо дотримуватися у суспільстві всіх карантинних заходів. Проте результати вивчення показують, що майже кожний четвертий житель України безвідповідально або недостатньо відповідально ставиться до прийнятих у суспільстві обмежень з приводу недопущення подальшого розповсюдження хвороби. Так, 22,2 % респондентів відмітили, що якихось заходів безпеки дотримуються, а якимись нехтують. Ще 0,3 % громадян заявили, що взагалі не вважають за потрібне дотримуватися будь-яких карантинних заходів. На наш погляд, ці дані у теперішній час виглядають такими, що значно занижені, адже візуально переважна більшість населення України нехтує будь-якими правилами епідемічної перестороги.

У цьому зв'язку цікаво було з'ясувати реакцію оточуючих на факти порушень карантинних заходів, адже саме ця реакція є свідченням сингулярної «швидкості» суспільства, з якою воно рухається до точки неповернення. За допомогою опитування вдалося встановити, що основна маса респондентів 68,7 % з осудом ставиться до тих, хто не дотримає карантинний режим, але ззовні своє ставлення нічим не виявляє. І лише

13,7 % громадян роблять зауваження, звертаються до правоохоронних органів із приводу порушення норм карантину установами, організаціями або окремими особами. до осіб, які порушають карантинні заходи. Водночас 15,0 % респондентів ставляться байдуже; ще 1,5 % відмітили, що в різних ситуаціях свою реакцію проявляють по-різному – інколи роблять зауваження, інколи ставляться байдуже; 1,1 % населення навіть підтримує порушників карантинного режиму в небажанні останніх виконувати будь-які карантинні обмеження.

Як у такій ситуації не згадати один сумнозвісний епізод української пандемічної історії? Йдеться про масові протести у Нових Санжарах (Полтавська область) у лютому 2020 р., причиною яких стало рішення Уряду розмістити у місцевому шпиталі Національної гвардії людей, евакуйованих із китайського міста Ухань, в якому на той час знаходився епіцентр хвороби [1]. На той час можливість зараження пересічним громадянином сприймалася як щось екстраординарне. Люди готові були вдатися до крайніх заходів, аби не допустити знаходження поряд із ними хворих на COVID-19. Проте через нетривалий час ця хвороба стала сприйматися як «звичайне» явище, коли знаходження, припустимо, у трудовому колективі явно хворої людини частіше за все перестало викликати з боку інших взагалі будь-яку реакцію. Це, на наш погляд, є надпотужним проявом сингулярності, що межують зі станом, який слід визначити як катастрофа свідомості. Сингулярним лейтмотивом тут є таке висловлювання: «із двох зол – перехворіти на COVID-19 або залишитися без засобів до існування внаслідок уведення карантинних заходів – слід обирати найменше...», тобто для збереження бізнеса, зарплатні, робочого місця за краще вважається нехтувати встановленими державною обмеженнями, перехворіти на COVID-19 «на ногах», ніж дотримуватися суворих правил перестороги, звернутися за медичною допомогою та відправитися на самоізоляцію у випадку прояву симптомів захворювання.

Так само у респондентів немає єдності думок щодо достатності вживаних державою заходів, що спрямовуються на недопущення подальшого поширення хвороби, адже один й той самий обсяг заходів для одних здається цілком достатнім (52,2 %), а інші розцінюють його як недостатній (47,8 %). Отже, судження населення із цього приводу є діаметрально протилежним. Додає темних відтінків до цієї картини думка медичних працівників щодо обґрунтованості з протиепідемічної точки зору карантинних заходів, що мали або мають місце в Україні. На дум-

ку, 17 % карантинні заходи є необґрунтованими [2, с. 15]. І це ще одне свідчення неуспіху будь-якого цілеспрямованого руху до, здавалося б, потрібного всім результату, оскільки незгода частини населення виливається у її свідому відмову від дотримання встановлених карантинних правил.

Нами з'ясовано питання щодо доступності діагностичних тестів населенню України. Розуміння цієї доступності само є різним, оскільки 52,5 % респондентів вважають, що такі тести пересічному громадянину є недоступними. Напевно, таке розуміння є вадою державної інформаційної кампанії. Натомість, 20,2 % зазначили, що ці тести кожен може зробити за власні кошти. На думку 27,3 % держава надає можливість відповідні тести зробити навіть безкоштовно. Поки автор цих рядків не зіштовхнулася із необхідністю проведення діагностичних маніпуляцій, він так само гадав, що держава не забезпечую населення України безкоштовними тестами. Повторимося, цей факт попутно розкриває вади інформаційної політики щодо запобігання подальшому поширенню хвороби. Безумовно, погіршує епідемічну ситуацію у країні думка більшості громадян про те, що медична допомога хворим на COVID-19 або тим, хто має схожі симптоми (до підтвердження діагнозу), є недоступною. Тому нерідко люди втрачають дорогоцінний час, займаючись самолікуванням і розраховуючи на наймання, що призводить до збільшення у країні летальних випадків і настання у багатьох пацієнтів критичних станів. Отже, й до цього часу у нас не сформована культура відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих (особливо в умовах поширення небезпечних інфекційних захворювань).

Разом із тим й досі в українському суспільстві існує відлуння стигматизації осіб, які перехворіли на небезпечну хворобу. Це підтвердило проведене опитування. Так, 36,7 % (!) опитаних заявили, що вони у будь-який спосіб намагаються обмежувати контакти з особами, які перехворіли на COVID-19. Отже, у нашому суспільстві спостерігаються різновекторні рухи: нехтування дотриманням карантинних правил, з одного боку, та обмеження контактів з особами, які вже не представляють загрози для суспільства, з другого боку. Причому нескладне співставлення отриманих результатів дозволяє зрозуміти, що ті ж самі люди, які нехтують елементарними правилами перестороги, одночасно цураються тих, хто вже перехворів. Такі подвійні «стандарти» – пряме свідчення неготовності суспільства до формування й зміцнення так званої карантинної культури. І це при тому, що громадяни України дають чітку відповідь на те, які

події у країні стали причиною подальшого розповсюдження епідемії. Так, серед цих подій вказано на: проведення масових розважальних заходів протягом усього 2020 р. (79,2 %); організацію масових заходів, що проводилися напередодні місцевих виборів (62,1 %); проведення акцій протестів і різних флешмобів (52,9 %); відправлення релігійних обрядів (42,4 %); проведення виборів в органи місцевої влади та самоврядування (38,9 %); проведення спортивних змагань (22,9 %). Як бачимо, у суспільстві є розуміння причин подальшого поширення хвороби, але немає волі прийняти за імператив необхідність обмеження власної участі у перелічених заходах.

Більш-менш «монологічними» у респондентів виявилися лише думки з приводу переживань, якими супроводжується їх життя в умовах поширення пандемії: 61,2 % осіб хвилюються за особисте здоров'я; 88,1 % – за здоров'я рідних і близьких; 35,5 % – за здоров'я населення в цілому; 37,0 % опитаних турбує власне матеріальне благополуччя; 46,3, % хвилюються через нестачу або відсутність дієвих ліків від COVID-19; ще у 17,6 % відмічено внутрішні переживання внаслідок подальшого збільшення масштабів пандемії; 13,0 % переживають з приводу можливої продовольчої кризи.

Після завершення опитування, деякі результати якого викладені вище, нами констатовано ще цілу низку тривожних симптомів, які й надалі будуть свідчити про неготовність нашого суспільства в якомога короткий строк приборкати пандемію. Серед таких симптомів можна сказати на: розбіжності у ставленні населення до користі вакцинації, диверсифікацію людей за доступністю вакцин тих чи інших фірм-виробників (з'явилися навіть юмористичні відеороліки з цього приводу), соціальний булінг один одного прихильниками та противників вакцинації, відмову у дотриманні правил перестороги з боку тих, хто зробив вакцину, не відтворення й до цього часу санітарно-епідеміологічної служби у країні. І, напевно, головний ворог успішного результату у боротьбі з пандемією – поступовий процес притуплення у людей страху до небезпеки будь-якого роду, адже у зв'язці «поточні соціальні проблеми vs небезпека COVID-19» (особливо коли є щеплення, яке деякими сприймається як панацея) «пріоритет» віддаватиметься розв'язанню щоденних соціальних проблем, як-от: де взяти гроші на утримання родини, як зберегти бізнес, як ліквідувати прогалини у шкільній освіті дитини, що утворилися під час карантину, тощо.

Ставлення населення України до всіх цих аспектів якраз й є віддзеркаленням того, у суспільстві поки що є провальною кампанія держави щодо боротьби з пандемією та усунення соціально-правових і кримінологічних наслідків останньої. Так чи готове українське суспільство до того, щоб в найкоротший час здолати як саму пандемію, так і її наслідки? Відповідь напрошується сама собою: «Ні !»

Список використаних джерел:

1. Протесты в Новых Санжарах. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Протесты_в_Новых_Санжарах (дата звернення: 06.09.2021).
2. Батиргарєєва В. С. Результати анкетування громадян України щодо наслідків пандемії COVID-19 та шляхів їх усунення. Звіт про результати анкетування щодо наслідків пандемії COVID-19 та шляхів їх усунення. Харків : Наук.-досл. ін-т вивч. пробл. злоч. ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України, 2021. 93с. URL: https://ivpz.kh.ua/wp-content/uploads/2021/06/Звіт_анкетування-дороблений.pdf. (дата звернення: 06.09.2021).

Борисов В. І.

*д.ю.н., професор, академік НАПрН
України, радник при дирекції НДІ
вивчення проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташица НАПрН України*

ПРАВА І СВОБОДИ ЛЮДИНИ У КОНТЕКСТІ ПРАВООБМЕЖЕНЬ, ЗУМОВЛЕНИХ ПАНДЕМІЄЮ COVID-19¹

Утвердження прав людини та її свобод є невід’ємною складовою основних показників розвитку сучасної правової культури як на внутрішньодержавному, так і на міжнародному рівнях.

Ідеї визначення правового стану людини в системі суспільних інституцій прослідковуються ще з часів Стародавньої Греції і римського права, а згодом вони втілилися в понятті природного права, яке розвинули християнські богослови та філософи часів Просвітництва. У межах цього напрямку гуманістичних думок були сформовані поняття «права людини» та «свободи людини». Ці поняття почали реалізовуватися в нормативно-правових актах, якими закріплювалися соціальні трансформації, як правило, у формі революцій, що супроводжували розвиток країн, зокрема, європейського континенту. Так, англійській парламент прийняв у 1689 р. «Білль про права», яким було визнано незаконними репресії стосовно громадян Англії та з цієї причини сутнісно обмежена королівська влада. Одним із важливих наслідків французької революції 1789 р. було прийняття Декларації прав людини і громадянина, якою були визначені індивідуальні права людини, закріплені рівність та свобода кожного від народження.

Сучасне бачення прав і свобод людини набуло відображення в Загальній декларації прав людини, що була проголошена Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. Декларація стала результатом безпосереднього досвіду Другої світової війни. Цей документ представляє перше й водночас основоположне бачення на міжнародному рівні невід’ємних

¹ *Примітка.* Матеріал підготовлено на виконання проєкту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстр. номер 2020.01/0155), що виконується за підтримки Національного фонду досліджень України.

прав, які мають усі люди. Вочевидь, під впливом варварського пограння прав та свобод людини і громадянина, що здійснювалося фашистськими режимами за часів Другої світової війни, визначення прав і свобод людини було надано в цьому міжнародно-правовому акті у формі декларативно-імперативних положень. Разом із тим, визнаючи невід’ємність прав і свобод як необхідних для життєдіяльності особистої автономії людини, Декларація 1948 р. не стала на шлях їх повної *абсолютизації*. З цього приводу у ч. 2 її ст. 29 зазначено: «При здійсненні своїх прав і свобод кожна людина повинна зазнавати тільки таких обмежень, які встановлені законом виключно з метою забезпечення належного визнання і поваги прав і свобод інших та забезпечення справедливих вимог моралі, громадського порядку і загального добробуту в демократичному суспільстві».

Положення Декларації 1948 р. стали відправним фундаментом подальшого розвитку міжнародного й регіонального права та національного законодавства у сфері прав людини.

Одними з напрямів розвитку цієї важливої соціальної інституції стали питання нормативного обмеження прав і свобод людини за певних умов, таких як воєнні та надзвичайні стани, глобальні загрози здоров’ю населення тощо. На *глобальному* рівні положення ч. 2 ст. 29 Декларації 1948 р. щодо обмежень були розвинуті в Міжнародному акті про громадянські та політичні права (1966 р.), Міжнародному акті про економічні, соціальні та культурні права (1966 р.) та ін.; на *регіональному* – в Європейській конвенції про захист прав людини та основоположних свобод з протоколами (1950 р.), тлумачення та застосування якої здійснюється Європейським Судом з прав людини, а також в Європейській соціальній хартії (1966 р.); на *національному* – в конституціях, конституційних (органічних законах), ординарних законах та підзаконних нормативно-правових актах, у нормах прецедентного права (відповідно до особливостей системи національного права), офіційних тлумаченнях тощо.

Указані міжнародні договори глобального та регіонального рівнів визнані Україною, вони стали частиною нашого національного законодавства, мають перед ним пріоритет та забезпечені судовим захистом. У результаті імплементації міжнародних угод відбулося утвердження на внутрішньодержавному рівні міжнародних стандартів прав і свобод людини, у т. ч. й стосовно правомірних обмежень. Необхідність стандартизації останніх обумовлена упередженням можливих свавіль і зловживань з боку службових осіб, а то й державних органів, зобов’язаних

їх застосовувати за визначених законодавством обставин. Стандарти правомірних обмежень – це такі положення, що встановлюються законодавством, судовою практикою та закріплюються доктриною права. Вони повинні відповідати *принципам справедливості, пропорційності, законності, бути обумовлені об'єктивними причинами, їх метою є встановлення балансу інтересів осіб і суспільства в цілому* [1, с. 124].

На сьогодні питання правомірності обмежень прав і свобод людини за умов необхідності боротьби з коронавірусним захворюванням COVID-19 набуло особливої актуальності. Для України вирішенням цього питання стали *акти Ради Європи* та рекомендації ВООЗ. Основний акцент в актах зазначених міжнародних утворень, як власне і в актах ООН, поставлено на захисті прав людини в умовах необхідних обмежень, що уводяться державами у зв'язку з поширенням коронавірусного захворювання COVID-19, їх впливу на права і свободи людини, дотримання основних стандартів їх захисту в контексті Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. В актах Ради Європи підкреслюється, що застосування різноманітних заходів, спрямованих на боротьбу з коронавірусними захворюваннями COVID-19, не має приводити до порушень прав людини на приватне життя, свободи від дискримінації, свободи інформації і свободи висловлення власної думки. Разом із тим, як і в нормативних актах ООН, допускається обмеження таких прав. Тут, однак, важливо підкреслити, що будь-які обмеження щодо людини повинні відповідати утвердженому у міжнародному праві *стандарту – дотримання балансу прав людини і суспільних інтересів у сфері захисту здоров'я населення*. Наприклад, у контексті коронавірусного захворювання COVID-19 держава повинна дотримувати обов'язку не поширювати недостовірну інформацію, як і контролювати в цьому плані засоби масової інформації, і, навпаки, надавати правдиву, точну, достовірну інформацію.

Важливою частиною заходів боротьби із пандемією COVID-19 стала масова вакцинація населення, що почалася в окремих країнах з грудня 2020 р. (в Україні дещо пізніше, наприкінці лютого 2021 р.). Як в інших країнах, так і в Україні сприйняття населенням необхідності вакцинації відбувається очікувано неоднозначно. У структурі населення намітився розподіл прихильників та противників вакцинації орієнтовно у пропорції 50 % на 50 %, що в цілому може звести план Уряду щодо формування колективного імунітету населення нанівець. Противники вакцинації,

серед яких є й лікарі, відмовляються від щеплення із найрізноманітніших мотивів: обґрунтованих раціонально (наприклад, панічний страх, що можуть виникнути ускладнення) або нераціонально (наприклад, конспірологія) [3, с. 93]. Найбільш активні представники цієї частини населення об'єднуються для проведення різноманітних страйкових заходів як локального характеру, так і адресованих безпосередньо центральним органам влади, починаючи з Президента України. За таких обставин постає питання щодо подальшого способу реалізації антиковідної вакцинаційної кампанії, яким можуть бути або примусова масова вакцинація населення із посиленням юридичної відповідальності стосовно осіб, які не бажають безпричинно вакцинуватися чи поширюють фейки щодо загрози від вакцинації життю та здоров'ю людини; або ж продовження застосування диспозитивного метода регулювання процесу вакцинації, в якому особа сама приймає рішення щодо того, робити щеплення чи ні, водночас їй створюють необхідні та достатні умови для цього та пропонують вакцинуватися.

Прихильники уможливлення запровадження примусової вакцинації, до числа яких належать В. Пашков та Н. Гуторова, вважають примусову вакцинацію значно ефективнішою у порівнянні з іншими підходами до вирішення цього питання [2, с. 61–84]. Прикладами успішної вакцинації на рівні вже 80–90 % населення є окремі країни Західної Європи (Бельгія, Данія, Нідерланди), рівень демократії та правопорядку в яких є своєрідним взірцем для України на шляху до європейського курсу її розвитку. Разом із тим в Європі є країни, рівень вакцинації в яких відносно низький (Румунія, Болгарія та інші), що, вочевидь, залежить не від видів застосування вакцин та умов проведення вакцинації, а, імовірно, від ментальності населення, його поглядів на цю процедуру та можливих для людини негативних наслідків. Саме таке ставлення щодо необхідності вакцинації притаманне й значній частині населення України. Вочевидь, запровадження примусової вакцинації призведе до категоричних відмов, а то й до організованого бойкотування, яке може перерости у політичний супротив. За такого прогнозування більш доцільним вбачається диспозитивний метод регулювання процесу масової вакцинації населення. Однак на фоні розгортання чергової хвилі пандемії COVID-19, пік якої очікується у листопаді-грудні цього року, що викликано бурхливим поширенням штамів коронавірусу SARS-CoV-2, таких як «Дельта», «Альфа», «Бета» та інших, вочевидь, поблажливих

заходів із проведення щеплення буде явно недостатньо для отримання бажаного результату.

Уявляється необхідним до заходів відкритої, поблажливої вакцинації додати *систему конкретних обмежень* із елементами непрямого примушування до щеплення. Запровадження такого роду унормованих державою обмежень враховує як інтереси особи, так й інтереси суспільства в такій послідовності. Попередньо враховується індивідуальна позиція особи, проти якої немає відкритих заперечень, однак надалі позиція особи (хоча б переважної частини з числа небажаючих вакцинуватися) під впливом запроваджених обставин добровільно (можливо зовні) змінюється на користь інтересів всього населення – для скорішого подолання небезпек для життя і здоров'я кожної людини, обумовлених пандемією COVID-19. Наприклад, виїжджати за кордон можуть лише громадяни України, які є вакцинованими або ж такими, що мають довідку лікаря щодо медичних протипоказань до вакцинації. Те саме треба запроваджувати у дитячих садках, школах, вишах, лікарнях, закладах громадського харчування щодо участі у масових заходах (перебування на стадіонах, кінотеатрах, громадських зборах). Це й переміщення у салонах громадського транспорту, перебування на виробництвах, на робочих майданчиках яких трудяться групи працівників. Такі обмеження більш-менш можуть контролюватися з боку керівників відповідних установ, організацій, підприємств, які, щоб не зупиняти виробництво та не нести матеріальних витрат, будуть безпосередньо зацікавлені у прискоренні процесів вакцинації як із боку їх працівників, так і сторонніх осіб, інтереси яких пов'язані з виробництвом (наприклад, при отриманні певних послуг).

Мабуть, саме такий підхід, поєднаний із постійним інформуванням населення щодо необхідності вакцинації, дозволить якоюсь мірою в заплановані терміни досягнути необхідного для суспільства результату.

Список використаних джерел:

1. Лазарев В. В. Конституционное право: учебник / под ред. В. В. Лазарева. Москва: Новый Юрист, 1998. 367 с.
2. Пашков В., Гуторова Н. Імунопрофілактика в механізмі забезпечення та захисту права на здоров'я. *Право України*. 2020. № 3. С. 61–84.
3. Шевела В. Проблема диспозитивності національно-правового регулювання відносин у сфері імунізації населення в контексті статті 8 Конвенції про захист прав і основоположних свобод. *Право України*. 2021. № 3. С. 91–102.

*Вишневська І. А.
аспірантка кафедри кримінального
права № 1 Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого,
експерт з адміністрування діяльності
Робочої групи з питань розвитку
кримінального права*

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАНИ ЛЮДИНИ В ПРОЄКТІ КК УКРАЇНИ

1. Протягом тривалого часу у варіантах контрольних примірників проєкту КК України, опублікованих на сайті Робочої групи з питань розвитку кримінального права, щодо особи, яка вчинила кримінальне правопорушення, згадувалось два стани психіки особи: психоемоційний та психофізіологічний стан особи [1]. Так, психоемоційний стан використовувався у статтях проєкту (відповідно до контрольного примірника станом на 25 липня 2021 року), присвячених складу кримінального правопорушення; обставинам, що знижують тяжкість злочину на 3 ступеня; необхідній обороні та крайній необхідності. Визначення «особливого психоемоційного стану», а також підстав виникнення такого стану та його кримінально-правові наслідки для особи, яка вчинила кримінальне правопорушення, закріплено в окремій статті 2.3.11 проєкту. В той же час, психофізіологічний стан особи у тексті проєкту згадувався лише один раз як обставина, що знижує на три ступені тяжкість вбивства, а саме: «обумовлений пологоми особливий психофізіологічний стан, у якому перебувала мати, яка вчинила вбивство своєї дитини під час пологів або відразу після пологів» (ст. 4.1.2. проєкту КК України). Проте, в контрольному примірнику станом на 18 жовтня 2021 року формулювання «психоемоційний стан» та «психофізіологічний стан» було замінено на «психічний стан».

2. Виникає питання, чи правильно зроблено таку заміну? Для відповіді на це питання необхідно з'ясувати, в чому принципова відмінність двох станів: психоемоційного та психофізіологічного і чи є правильним використання замість них формулювання «психічний стан» в тексті проєкту КК? Етимологічно слова, які містять у собі компонент «психо-» є такими, що стосуються психіки, її захворювання або впливу на неї

[2, с.59]. Це дозволяє зробити висновок, що інші компоненти наведених вище словосполучень, а саме “-емоційний» та “-фізіологічний» відображають ті фактори, які породжують такий вплив на психіку особи, тобто є необхідною першоумовою зазначених станів.

Поняття «психоемоційного стану» часто зустрічається у медичній літературі і означає таку психічну діяльність особи в окремий період часу, яка відображає протікання психічних процесів людини залежності від відображення предметів та явищ у її свідомості, її думок, почуттів, поведінкових реакцій та інших психічних особливостей [3, с. 4]. В той же час, визначення «психофізіологічного стану» майже не зустрічається у літературі, присвяченій психіатрії та судовій психіатрії. Серед публікацій у сфері кримінального права та кримінології такий стан аналізується лише в рамках ст. 117 КК України «Умисне вбивство матір’ю своєї новонародженої дитини», де зазначається, що це особливий стан людини, за якого зміни відбуваються одночасно у декількох сферах людського організму: фізіологічний, психічний і психологічний [3, с. 100]. Більш деталізоване визначення наводить О. Кокун, який психофізіологічним станом особи вважає єдність внутрішніх компонентів (біоенергетичного, фізіологічного, психічного, поведінкового, особистісного, соціально-психологічного), яка формується під впливом соціальних, фізико-хімічних факторів середовища і діяльності особи. Відхиленнями від такої норми психіки людини автор визначає стрес, стан перевтоми тощо [4, с. 129–130]. Такий підхід свідчить про те, що визнання «особливим психофізіологічним станом людини» лише стану жінки під час або після пологів є занадто вузьким і залишає за дужками багато станів, які мають схожі ознаки впливу на психіку людини.

3. Для з’ясування особливостей психоемоційного та психофізіологічного станів людини, критеріїв їх розмежування та впливу на психіку людини було проведено інтерв’ювання 4 спеціалістів: 2 лікарів-психіатрів в Україні та Німеччині, завідувача відділом судової психіатрії та судового експерта. Вікова категорія респондентів – від 45 до 75 років, стаж роботи у відповідній професійній сфері – від 20 до 45 років.

Експерти підкреслили, що розмежування психофізіологічного та психоемоційного станів на практиці є досить складним питанням і провести чітку межу між ними проблематично. Так, є стани психіки, причини якої становлять суто емоції людини (стан афекту, сильний стрес

тощо), однак відносно станів, пов'язаних із фізіологічними процесами, зробити однозначний висновок щодо того, що саме спричинило такий психічний стан людини (емоція чи фізіологічні особливості) не завжди є можливим. До таких, зокрема, відносяться стан вагітності або пологів, який може спровокувати у жінки загострення психічного захворювання, внаслідок якого вона вбиває дитину; стан захворювання щитовидної залози, при якому людина може спричинити посилену агресію, апатію, зниження реакції на зовнішні подразники тощо; стан підлітка під час статевого дозрівання, при якому нестабільність гормонального фону дитини може суттєво вплинути на його емоційний та психічний стан, або передменструальний дисфоричний розлад, який в 5–8 % випадках призводить до афективних станів у жінок тощо. Це лише окремі випадки, при яких фізіологічні показники впливають на психічний стан людини, проте складність таких ситуацій інколи не дає можливості зробити певний висновок щодо того, чи перебувала особа на момент вчинення кримінального правопорушення саме в особливому психоемоційному або психофізіологічному стані.

Респонденти зазначили, що при формуванні висновків судово-психіатричної експертизи такі категорії як «психоемоційний» та «психофізіологічний» стан не застосовуються, адже використовується термінологія, наведена у МКХ-10. У висновку експерта встановлюється: 1) діагноз особи, 2) її здатність усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними у період часу, коли відбувалися діяння, у скоєнні яких підекспертний підозрюється, 3) можливість проведення з такою особою невідкладних слідчих дій, 4) інші питання, що належать до компетенції експерта. В той же час експерт не може в категоричній формі стверджувати про осудність або неосудність особи, адже це питання вирішується судом відносно певної особи.

4. Таким чином, відмова Робочої групи від використання у проєкті КК формулювань «особливий психоемоційний стан» та «особливий психофізіологічний стан» та використання родового поняття «психічного стану» є обґрунтованим, що знайшло схвалення серед експертів у галузі медицини. Використання цього поняття є наближеним до термінології, яку використовують судові психіатри при встановленні психічного стану особи на момент вчинення суспільно небезпечного діяння та відповідає вимогам формальної визначеності тексту нормативно-правового акту.

Список використаних джерел:

1. Контрольний примірник проекту Кримінального кодекса України. URL: <https://newcriminalcode.org.ua/criminal-code>.
2. Германович Г. Медичні терміни зі соматичними компонентами псих(о) – в сучасній українській мові. *Вісник Нац. ун-ту «Львівська політехніка»*. Серія «Проблеми української термінології». 2017. № 869. С. 57–61.
3. Маклаков А. Г. Общая психология. СПб. : Питер, 2008. 583 с.
4. Шевченко, О. В. Особливий психофізіологічний стан жінки як обов'язкова ознака суб'єкта злочину, передбаченого ст. 117 КК України. *Вісник Кримінологічної асоціації України*. 2014. № 6. С. 98–107.
5. Кокун О. М. Психофізіологія. Навч. посіб. К: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.

Гаркуша А. О.
*к.ю.н., доцент, провідний науковий
співробітник НДІ вивчення проблем
злочинності ім. акад. В. В. Сташиса
НАПрН України*

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ КОРИСТУВАЧА Е-HEALTH ТЕХНОЛОГІЙ: ЧИ ПОВИНЕН МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК НЕСТИ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ?¹

Приклади використання технологій eHealth в сучасній медичній практиці найрізноманітніші: від медичних карток та організації прийому лікарських засобів до управління прийомом пацієнтів та засобів вдосконаленої діагностики й лікування. Загалом, це дозволяє медичним працівникам приймати більшою мірою обґрунтовані рішення на підставі наявних електронних даних. Подібні програмні / апаратно-програмні засоби називають Decision Support Software (DSS) [1] або програмне забезпечення для підтримки прийняття рішень. Розглядувана проблема, безумовно, передусім має своє відображення у практиці найбільш високорозвинених країн, де рівень технологічності медичних послуг є найвищим. Проте, й для вітчизняної практики це може стати корисним досвідом та зразком на майбутнє.

Проблематичним як з правової, так і з морально-етичної точки зору є питання про те, чи має лікар, що припустився помилки при використанні програмного забезпечення для підтримки прийняття рішень (DSS), нести юридичну відповідальність за завдану в такому випадку шкоду. Аналогічне запитання торкається й ситуації не взяття до уваги рекомендацій, наданих таким DSS, і прийняття рішень всупереч таким на основі власних переконань, якщо це мало наслідком спричинення шкоди пацієнту [2]. Судова практика США та країн Європи виходить із того, що використання лікарем застарілої інформації, застарілого обладнання є недотриманням стандартів медичної практики, неналежним рівнем медичних послуг. [3;

¹ *Примітка.* Тези підготовлені на виконання фундаментальної теми «Національна безпека у сфері громадського здоров'я: правові засоби захисту від загроз», що досліджується в НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України (номер державної реєстрації в УкрІНТЕІ 0120U105608).

4] Проте, навіть у передових державах світу наразі відсутня правозастосовча практика, що пов'язувала б між собою використання/нехтування рекомендаціями DSS та недбалість медичного персоналу при виконанні ними власних професійних обов'язків. Існує точка зору, що це питання часу, і практика скоріше за все рухатиметься шляхом звільнення медичних працівників від відповідальності у випадку, якщо шкоди завдано при належному використанні та дотриманні рекомендацій DSS системи (а саме по собі її використання буде елементом належної медичної практики). Тобто, відповідальність за спричинену пацієнтові шкоду наставатиме за ігнорування (або взагалі невикористання) рекомендацій системи DSS. [5] Проте, виникає питання тлумачення ситуації, коли до спричинення шкоди призвело не саме по собі використання/невикористання DSS системи, а її алгоритм (хибний у певній частині), який знаходиться поза контролем лікаря, натомість, перебуваючи у сфері відповідальності розробника/виробника. З цього приводу існує думка, що, зважаючи на наявний сьогодні рівень розвитку технологій, будь-яка DSS система (навіть заснована на високотехнологічному варіанті імплементації штучного інтелекту) все одно вимагає контролю та втручання лікаря. Відтак, відповідальність має окреслюватися концепцією «очевидної обізнаності щодо помилковості рішення, запропонованого DSS» [6]. Така логіка підтримується розробником однієї з найдосконаліших на сьогодні систем підтримки у прийнятті рішень в сфері медичної практики – IBM Watson.

Попри значну підтримку серед науковців позиції про те, що відповідальність лікаря виключається на підставі повного слідування рекомендаціям DSS, тим не менш існують й погляди, що схиляються до можливості такої відповідальності, коли рекомендація, запропонована DSS, сама по собі є проявом неналежної медичної практики. У такому разі, друга точка зору тягне за собою необхідність перегляду чинних стандартів медичної практики в контексті вищенаведеного [7].

В такій новій концепції прийняття рішень із підтримкою DSS, оцінка «належності» медичної практики стає ще складнішою, і по суті (якщо презюмується трансфер відповідальності від розробника/виробника DSS до лікаря/медичного експерта) вона полягатиме у двох таких площинах: оцінці наявності/відсутності критичного ставлення лікаря до рекомендацій DSS; причин та мотивів діяти із відходженням від рекомендацій DSS. І, враховуючи необхідність відповідності DSS певним стандартам, стає більш очевидним той факт, що відповідальність за таку відповід-

ність алгоритмів, їх безпечність і т.д. має бути покладено на медичну установу, що використовує DSS, а не безпосередньо на лікаря. Оскільки саме медична установа очевидно зобов'язана контролювати вказані чинники ще на стадії імплементації DSS у власну медичну практику [3]. Відходячи від аналізу концепції відповідальності лікаря/медичного експерта, варто перенести увагу до суб'єктів, що задіяні у наданні медичних послуг із використанням DSS певною мірою опосередковано: медична установа та виробник/розробник DSS. Безумовно, медична установа не має нести відповідальність за шкоду, спричинену очевидно несправним DSS пристроєм, проте, безумовно має підлягати відповідальності при неналежній практиці в оцінці якості та безпечності алгоритмів такого пристрою при його імплементації, на стадії запровадження на рівні відповідної установи. Така практика широко використовується у США в контексті відповідальності медичних установ за недбалість в оцінці якості, безпечності, ефективності будь-якого медичного обладнання [7]. І вона ґрунтується на тому, що попри неможливість забезпечення установою того, щоб кожне медичне рішення було правильним, це саме по собі не знімає її обов'язку забезпечення відповідного рівня досвіду, кваліфікації та навичок залученого медичного персоналу.

Таким чином, можна констатувати, що відповідальність за шкоду, завдану при використанні DSS у медичній практиці слід розподіляти між безпосереднім користувачем – лікарем медичної установи та самою медичною установою. Такий підхід відповідає як рівням контролю в межах професійної діяльності названих суб'єктів, так і інтересам пацієнтів, захист яких у такому випадку ґрунтуватиметься на комплексності та повноті правового забезпечення. Безумовно, практика відповідальності з шкоду, завдану при використанні DSS систем прямо залежить як від рівня розвитку технології самої по собі, так і від підходів та специфіки її правового забезпечення.

Список використаних джерел:

1. MEDDEV 2.1/6 July 2016 URL: <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/17921/attachments/1/translations>.

2. UK's Parliament, Select Committee on artificial intelligence collated written evidence volume – House of Lords (UK) – Statement of Cooley (UK) LLP (written evidence AIC0217) available on <https://www.parliament.uk/documents/lords-committees/Artificial-Intelligence/AI-Written-Evidence-Volume.pdf> – Statement of Professor Chris Reed.

3. Price, W. Nicholson Medical Malpractice and Black-Box Medicine. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2910417.
4. Brazier, Margaret and Cave, Emma Medicine, Patients and the law, sixth edition, Manchester University Press, 2016. p. 136–145.
5. Chung, Jason Hey Watson, Can I Sue You for Malpractice? Examining the Liability of Artificial Intelligence in Medicine. URL: <https://ssrn.com/abstract=3076576>.
6. Wu, Stephen S. Summary of selected robotics liability cases. URL: http://ftp.documation.com/references/ABA10a/PDfs/2_5.pdf
7. Parasuraman, Raja Complacency and Bias in Human Use of Automation: An Attentional Integration. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0018720810376055>.

Горностаї А. В.
*к.ю.н., доцентка кафедри кримінального
права Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого*

СУБ'ЄКТ СТ. 117 КК УКРАЇНИ: БІОЛОГІНА ЧИ СУРОГАТНА МАТИ?

Розвиток новітніх технологій в науці та медицині ставить нові виклики й перед кримінальним правом. Насамперед, це стосується сурогатного материнства. У кримінальному праві багато пільгових інститутів розраховані на застосування саме до матері малолітньої дитини. У зв'язку з цим виникає питання, чи передбачається застосування цих пільгових норм виключно до біологічної матері, чи можливе їх застосування і до сурогатної матері?

Зокрема, дана проблема стосується суб'єкта найтяжчого злочину, який може вчинити мати щодо своєї дитини – умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини (ст. 117 КК України). Чи може сурогатна мати бути суб'єктом злочину, передбаченого ст. 117 КК України? І чи може біологічна мати, яка сама не народжувала, але була присутня при пологах сурогатної матері бути суб'єктом цього кримінального правопорушення?

Протягом всієї сучасної історії кримінальна відповідальність та покарання за вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини завжди були більш милосерднішими, ніж за інші види умисних вбивств. І сьогодні законодавства різних країн передбачають значно м'якші санкції за випадки неонатичиди [1].

Норма, яка передбачає відповідальність за вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини зазвичай розглядається як певний захист жінки, яка перебуває в післяпологовій депресії або психозі. Але на практиці жінки, які вбивають своїх дітей при народженні, далеко не завжди перебувають в такому стані. Правова концепція запровадження у кримінальному законодавстві цього привілейованого виду умисного вбивства не обмежувалася тільки тими ситуаціями, коли у жінок були діагностовані конкретні психічні розлади, викликані виключно перебігом вагітності та пологів. Мета була більш широкою – забезпечити милосердне поводження з жінками, які вбили своїх новонароджених дітей в стані певного психічного розладу після вагітності, яку вони приховували від усіх, і пологів, під

час яких їм ніхто не допомагав [2]. Тобто, закон повинен був враховувати більш широкі соціальні обставини і вплив їх на психічний стан жінки. Дослідження показали, що закон про пом'якшення відповідальності матері новонародженої дитини призначався для гнучкого використання і дозволяв співчутливо підходити до жінок, які не могли бути визнані неосудними, але вчинили злочин через збіг тяжких життєвих обставин (неможливість перервати вагітність по медичним показникам, небажана вагітність внаслідок звалтування або з інших причин, скрутне фінансове становище та ін.) Більшість жінок, які вбивають своїх новонароджених немовлят знаходяться в уразливому становищі і сприймають вагітність як кризу. В такій кризі, не обумовленій тільки вагітністю або пологами, може перебувати як сурогатна, так і біологічна мати.

Але якщо дослідити текст ст. 117 КК України, то в диспозиції зазначено тільки на час вчинення діяння – під час пологів або відразу після пологів, вказівка на будь-який особливий психічний стан матері відсутня. Це дає підстави і на практиці кваліфікувати вчинене по ст. 117 КК за відсутності такого стану.

Так, у справі № 679/1550/19 провадження № 51-4860км20 Верховний Суд взяв до уваги, що одразу після пологів, особа, усвідомлюючи свої дії та керуючи ними, не перебуваючи у стані фізіологічного афекту, фрустрації та психічного стресу внаслідок пологів, розуміючи суспільно небезпечний характер своїх дій, передбачаючи їх суспільно небезпечні наслідки, розуміючи той факт, що дитина народилась живою, з метою заподіяння смерті своїй новонародженій дитині нанесла їй тяжкі тілесні ушкодження, від яких вона померла, і не знайшов підстав для перекваліфікації зі ст. 117 на ст. 115 КК України [3].

Така практика загострює питання суб'єкта ст. 117 КК. В наш час неважко спрогнозувати ситуацію, де сурогатна матір народжує біологічно чужу для неї дитину та позбавляє її життя. Чи навпаки, біологічна мати відразу після пологів сурогатної матері позбавляє життя свою дитину. Причини можуть бути різними: фізичне каліцтво дитини, фінансова криза, власна хвороба та ін.

Для кваліфікації за ст. 117 КК достатньо встановити спеціального потерпілого – новонароджену дитину, час вчинення злочину – під час пологів або відразу після, та спеціального суб'єкта – мати новонародженої дитини. Встановлення останнього елементу становить предмет дискусії. Адже матір'ю новонародженої дитини, як суб'єкта злочину,

передбаченого ст. 117 КК, видається, може бути і біологічна, і сурогатна. На підтвердження того, що сурогатну матір ми можемо вважати матір'ю дитини, у сенсі суб'єкта ст. 117 КК, звернемося до актового запису про народження, на підставі якого видається свідоцтво про народження. Так, у графі «Для відміток» актового запису про народження має робитися такий запис: «Матір'ю дитини, яка ідентифікована електронною системою охорони здоров'я за даними заяви про згоду на запис подружжя батьками дитини, є громадянка (прізвище, власне ім'я, по батькові)» або «Матір'ю дитини, згідно з медичним свідоцтвом про народження, є громадянка (прізвище, власне ім'я, по батькові сурогатної матері)». [4, с.104] Звичайно, юридично (за умови підписання відповідного договору) та біологічно сурогатна мати не вважається матір'ю новонародженого у правовому розумінні цього слова. Проте як жінка, яка виношує, а потім і народжує дитину, видається, має право набувати статусу спеціального суб'єкта ст. 117 КК. На практиці та в науці дана проблематика не висвітлюється. Хоча, видається, таке положення потребує законодавчого врегулювання, чи принаймні офіційного роз'яснення.

Список використаних джерел:

1. Schwartz L., Lsner K. Endangered Children – Neonaticide, Infanticide, and Filicide. USA: CRC Press. 200. №39. P. 2–3.
2. Franjić S. Mother killed her newborn baby. *Forensic Sci Today* 5(1): 008–013., 2019. URL: <https://www.peertechzpublications.com/articles/FST-5-113.php>.
3. Постанова Верховного суду №679/1550/19 від 26.01.2021 р. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/94553213>.
4. Триньова Я. О. Кваліфікація дій сурогатної матері щодо незаконного утримання нею дитини, народженої за програмою сурогатного материнства. *Медичне право. Право України*. 2021. №1. С.103–113.

*Горпинюк О. П.
к.ю.н., доцентка, доцентка кафедри
кримінально-правових дисциплін Інституту
права Львівського державного університету
внутрішніх справ*

КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ОХОРОНА ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я У ПРОЄКТІ КК УКРАЇНИ

У Проєкті КК України передбачено норми, якими встановлена кримінальна відповідальність за «Розголошення лікарської таємниці» (стаття 4.3.15) та за «Розголошення таємниці інформації про стан здоров'я» (стаття 4.8.9) [1]. Обидва посягання віднесено до категорії проступків. Проте, такий підхід не видається виправданим, адже за нормами міжнародного [2] та вітчизняного [3] законодавства у сфері захисту персональних даних, відомості, що стосуються стану здоров'я, статевого життя, біометричних або генетичних даних належать до особливої категорії так званих «вразливих даних», що потребують посиленого захисту, та чітких законодавчих обмежень щодо їх обробки та використання. За існуючого підходу, незаконні дії щодо будь-якої інформації про особисте чи сімейне життя (стаття 4.8.3 Проєкту) належать до злочину 1 ступеня, натомість незаконне розголошення відомостей про стан здоров'я, особливо вразливих даних про особу, поширення яких може мати негативні наслідки для соціального та професійного життя особи належить до проступків.

Привертає увагу також розміщення аналізованих статей у системі Особливої частини Проєкту КК України. Стаття про розголошення лікарської таємниці розміщена у розділі 4.3. «Злочини та проступки проти права людини на охорону здоров'я», а стаття про розголошення інформації про стан здоров'я – у розділі 4.8. «Злочини та проступки проти приватності». Таке розміщення статей КК вказує на вибір об'єкта кримінально-правової охорони, який у першому випадку визначено як забезпечення охорони здоров'я особи, а в другому особисте благо – збереження у таємниці особистої інформації (приватність особи). Водночас, як уже зазначалось відповідно до законодавства інформація про стан здоров'я належить до особливої категорії персональних даних. Незаконне розголошення таких відомостей завдає шкоди тій частині життєдіяльності особи, яку вона прагне зберегти у таємниці від оприлюднення для сторонніх

осіб, тобто йдеться про об'єкт кримінально-правової охорони – приватність. Тому, однакові за змістом та спрямованістю діяння не повинні передбачатися статтями, що поміщені в різні розділи Особливої частини проекту КК України.

У зв'язку з тим, що обидві аналізовані кримінально-правові норми спрямовані на охорону інформації про стан здоров'я особи, постає питання про їх співвідношення. Аналіз диспозицій відповідних статей дозволяє дійти висновку, що в обидвох випадках йдеться практично про одній й ті самі дії, а саме про розголошення всупереч волі особи інформації про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз чи відомості, одержані при медичному обстеженні (у ст.4.3.15 додатково вказується на відомості про методи лікування особи). Різниця вбачається лише в ознаках суб'єкта посягань, який у ст. 4.3.15 названий як особа, що зобов'язана зберігати лікарську таємницю, а в ст. 4.8.9. – суб'єкт загальний.

Стаття 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я гарантує право пацієнта на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Своєю чергою ст. 40 відповідного Закону передбачає обов'язок медичних працівників та інших осіб, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків [4]. Таким чином, у процитованих статтях Основ законодавства України про охорону здоров'я йдеться про одне право особи на таємницю про стан здоров'я, якому кореспондує обов'язок медичних працівників чи інших осіб, які за професією чи службою мають доступ до інформації про стан здоров'я особи, і яка відповідно для них становить лікарську таємницю, зберігати її від розголошення для сторонніх осіб.

Таким чином, враховуючи те, що і в статті про розголошення лікарської таємниці, і в статті про розголошення інформації про стан здоров'я йдеться про одну й ту ж таємницю, постає питання необхідності в існуванні двох різних кримінально-правових заборон у Проекті нового КК. Як видається такої необхідності немає. Водночас постає питання про те, чи потрібно вказувати у диспозиції статті про розголошення інформації про стан здоров'я на суб'єкта лікаря чи медичного працівника, який

зобов'язаний зберігати саме лікарську таємницю або ж медичну інформацію. На сьогодні можна констатувати, що такі відомості можуть стати відомі не лише лікареві, медичному працівнику чи іншій особі закладу охорони здоров'я. До того ж останні події, пов'язані з глобальним поширенням вірусу COVID-19 засвідчують, що для цілей охорони громадського здоров'я та запобігання транскордонному поширенню хвороб дозвіл на обробку персональних даних медичного характеру може бути наданий набагато ширшій категорії осіб[5, с. 74]. Однак, для тих категорій осіб, які володіють інформацією про стан здоров'я, іншою інтимною інформацією про сімейне й особисте життя, що стала їм відома у зв'язку з виконанням професійного чи службового обов'язку має бути встановлена більш посилена відповідальність, порівняно з загальними суб'єктами.

Таким чином, висловлено окремі зауваги до кримінально-правової охорони інформації про стан здоров'я у Проекті КК України. Основним безпосереднім об'єктом кримінально-правових норм, передбачених статтями 4.3.15 та 4.8.9 Проекту КК України належить розуміти особисте благо – збереження у таємниці особистої інформації (приватність особи). У обидвох кримінально-правових нормах йдеться про право особи на таємницю про стан здоров'я, якому кореспондує обов'язок медичних працівників чи інших осіб, які за професією чи службою мають доступ до інформації про стан здоров'я особи, і яка відповідно для них становить лікарську таємницю, зберігати її від розголошення для сторонніх осіб. Саме тому доцільно у КК України передбачити кримінальну відповідальність за розголошення інформації про стан здоров'я в межах однієї статті з визначенням обтяжуючої обставини – вчинення діяння особою, яка відповідно до професійних чи службових обов'язків зобов'язана зберігати відомості у таємниці.

Список використаних джерел:

1. Проект КК України (текст Проекту КК України станом на 18.10.2021) URL: <https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2021/10/05/kontrolnyj-tekst-proektu-kk-02-10-2021.pdf>. (Дата звернення: 18.10.2021).
2. Регламент Європейського Парламенту і Ради ЄС 2016/679 від 27 квітня 2016 року «Про захист фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і про вільний рух таких даних, та про скасування Директиви 95/46/ЄС» (Загальний регламент про захист даних, GDPR), що застосовується з 25 травня 2018 року. URL.: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_008-16#Text. (Дата звернення: 18.10.2021).

3. Про захист персональних даних: Закон України від 1 червня 2010 року № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>. (Дата звернення: 18.10.2021).

4. Основи законодавства про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (Дата звернення: 18.10.2021).

5. Маркіян Бем, Іван Городиський. Захист персональних даних: правове регулювання та практичні аспекти. Науково-практичний посібник. Рада Європи, 2021. 157 с.

*Гуторова Н. О.
д.ю.н., професор, завідувач
лабораторії дослідження проблем
національної безпеки у сфері
громадського здоров'я НДІ вивчення
проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташица НАПрН України*

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЗАРАЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОЮ ХВОРОБОЮ

Питання кримінальної відповідальності за зараження інфекційною хворобою останнім часом набули актуальності через, перш за все, небезпеку зараження особливо небезпечною інфекційною хворобою COVID-19. Не викликає сумнівів, що для окремих категорій осіб, особливо людей похилого віку, хворих на серцево-судинні захворювання, діабет, онкологію тощо, зараження цією хворобою є небезпечним для їх життя. Незважаючи на усвідомлення такої небезпеки більшістю суспільства, не лише необережне, а й умисне зараження цією хворобою не сприймається як злочин, за який має наставати кримінальна відповідальність.

Натомість, чинне кримінальне законодавство містить норми, які передбачають відповідальність за зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (стаття 130 КК України), неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (стаття 131 КК України) та зараження венеричною хворобою (стаття 133 КК України).

Щодо відповідальності за злочини, передбачені статтями 130 і 131 КК України, слід зазначити, що фактично вони розповсюджуються лише на випадки зараження вірусом імунодефіциту людини. Це пов'язано з тим, що в кримінальному законі некоректно вживається термін «невиліковна інфекційна хвороба», поняття якої не містить законодавство у сфері охорони здоров'я. Натомість, кримінальний закон визнає умисним злочином не лише зараження вірусом імунодефіциту людини, а й поставлення в небезпеку такого зараження. Як свідчить аналіз судової практики, переважна більшість осіб, притягнутих до кримінальної відповідальності за ст. 130 КК України, визнані винними і засуджені за по-

ставлення небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини, що мало вираз або у формі незахищеного сексуального контакту з потерпілою особою, або у формі укусу під час сварки чи затримання хворої особи правоохоронними органами.

Безперечно, умисні дії, спрямовані на зараження не лише СНІДом, а й будь-якою особливо небезпечною хворобою, мають бути криміналізовані, а особи, винні у їх вчиненні, – нести кримінальну відповідальність. Разом із тим необхідно враховувати сучасні досягнення медичної науки, які свідчать про те, що людина, яка є носієм ВІЛу або хвора на СНІД, у разі систематичного, протягом певного часу, застосування антиретровірусної терапії, фактично перестає бути небезпечною для оточуючих, може вести звичайний спосіб життя і, навіть, народжувати здорових дітей. Тому сам факт, наприклад, незахищеного сексу особою, яка хоча є хвора на СНІД, але знає про відсутність вірусного навантаження у її організмі, неможна визнавати злочином.

У той же час, безпідставним є ігнорування того, що, зокрема, зараження іншою особи гепатитом С чи іншою особливо небезпечною хворобою, яке перебуває у причинному зв'язку з умисними або необережними діями особи, що знає про наявність у неї такої хвороби, є заподіянням тяжкого тілесного ушкодження, а тому має отримати відповідну кримінально-правову оцінку. Але існуюча судова практика не визнає таку поведінку умисним або необережним заподіянням тяжкого тілесного ушкодження. Ґрунтуючись на положеннях ст. ст. 130 та 133 КК України, до кримінальної відповідальності притягуються особи, які є носіями ВІЛу або хворі на СНІД, а також що мають венеричне захворювання, що свідчить про певну стигматизацію цих осіб.

З метою усунення зазначених недоліків кримінального законодавства і практики його застосування слід внести наступні зміни до кримінального законодавства: 1) доповнити перелік ознак тяжкого тілесного ушкодження, передбачених ст. 121 КК України, такою ознакою, як зараження особливо небезпечною інфекційною хворобою; 2) виключити із КК України ст. 130 «Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби», а осіб, які вчинили такі дії, притягувати до відповідальності за заподіяння тяжкого тілесного ушкодження; 3) виключити із КК України ст. 133 «Зараження венеричною хворобою», кваліфікуючи такі дії залежно від заподіяння шкоди здоров'ю потерпілої особи, що відповідатиме заподіянню певного виду тілесного ушкодження.

Євтеєва Д. П.

*к.ю.н., старший дослідник, заступник
директора з наукової роботи НДІ
вивчення проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташиса НАПрН України*

ВАКЦИНАЦІЯ ВІД COVID-19 В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ВИМІР¹

Починаючи з березня 2020 р. в Україні зафіксовано три хвилі коронавірусної хвороби. У цей період Уряд вжив низку заходів для протидії захворюванню, одним із яких стала вакцинація, що розпочалася 24.02.2021 р. У рішенні РНБО України «Щодо Національного плану вакцинопрофілактики гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 02.04.2021 р. зазначено, що кінцевою метою Плану є охоплення щепленням більшості дорослого населення України не пізніше грудня 2021 р. для формування колективного імунітету до хвороби COVID-19.

За офіційними даними МОЗ станом на 18.09.2021 р. в Україні кількість осіб, вакцинованих першою дозою, склала понад 6,2 млн; 81 % із них (понад 5,1 млн осіб) отримали другу дозу [1]. З урахуванням того, що населення України складає 41,5 млн, кількість вакцинованих осіб складає приблизно 15 %. Для щеплень в Україні застосовуються 4 вакцини, які схвалені для використання ВООЗ, мають високу ефективність у запобіганні важкому перебігу захворювання на COVID-19, госпіталізації і смерті [2]. За актуальними даними МОЗ в Україні не зареєстровано жодної смерті внаслідок вакцинації проти COVID-19, наразі таких випадків не зафіксувала і ВООЗ [3].

Поряд із очікуваним позитивним ефектом від вакцинації від COVID-19 слід вести мову і про породжені внаслідок цього проблеми та фонові явища в суспільстві негативного забарвлення. Стосовно зазначених явищ у процесі дослідження було висунуто низку гіпотез, які були перевірені під час опитування 165 громадян.

¹ *Примітка.* Матеріал підготовлено на виконання проєкту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстр. номер 2020.01/0155), що виконується за підтримки Національного фонду досліджень України.

Початковим питанням в анкеті було «*Чи на сьогодні Ви є вакцинованими від коронавірусної хвороби?*», на яке отримано такі відповіді: ні й не планую – 30,9 %; так, отримав дві дози – 24,8 %; так, уже отримав одну дозу – 6,7 %; ні, вакцинуюся, якщо виникне потреба – 18,2 %; поки що ні, але планую – 10,9 %; ще вагаюся – 7,9 %; інше – 0,6 %. Таким чином, третина опитуваних не планує вакцинуватися і ще третину опитуваних можна вважати провакцинованими.

Одним із фонових явищ вакцинації є обмеження прав людини.

На практиці методами адміністративного впливу, що застосовуються у вакцинаційній антиковідній кампанії суб'єктами влади, а також на підприємствах, установах й організаціях, стали: заохочення, переконання й водночас примус. У деяких установах й організаціях має місце практика примушування працівників до вакцинування під загрозою настання несприятливих наслідків, зокрема, недопуску до роботи або звільнення та ін., а також психологічного тиску (що по суті теж можна вважати примусом) з метою спонукання їх до вакцинації. При цьому важливе значення має чітка нормативна регламентація сфери і меж застосування примусу до вакцинації. З одного боку, Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р. № 1645-III закріплює добровільність будь-якого щеплення. Водночас із другого боку, він передбачає можливість введення примусової вакцинації для працівників окремих професій, виробництв та організацій (перелік яких встановлюється МОЗ), діяльність яких може призвести до зараження цих працівників та (або) поширення ними інфекційних хвороб. У разі відмови або ухилення від обов'язкових профілактичних щеплень у порядку, встановленому законом, ці працівники відсторонюються від виконання зазначених видів робіт (ст. 12 Закону). Окрім того, ЄСПЛ у справі «Вавржичка та інші проти Чеської Республіки» (постанова Великої палати Європейського Суду від 8 квітня 2021 г., скарга №47621/13) зазначив, що обов'язкова вакцинація є допустимим обмеженням права, оскільки це необхідний захід для захисту здоров'я населення, а також прав і свобод людини [4].

Разом із тим в Україні спостерігається негативна практика примушування до вакцинації працівників, стосовно категорій яких не винесено рішень МОЗ щодо обов'язкової вакцинації. Крім того, слід враховувати, що частина громадян сприймає примусову вакцинацію як порушення своїх прав безвідносно до нормативної регламентації цих питань [5].

Зокрема, таке сприйняття може бути пов'язаним із їх релігійними переконаннями людей.

На питання «Якщо Ви вакцинувалися, що спонукало Вас до цього?» відповідь «через примус під загрозою негативних наслідків на роботі, за місцем навчання та ін.» була надана 11,5 % осіб¹. Тож опитування підтвердило, що громадяни проходять вакцинацію не лише добровільно, а й примусово.

Ще однією проблемою є вибір вакцини та пов'язані з цим страхи населення (ненадійності вакцин та побічних ефектів, чіпізації), а також інформаційна війна навколо вакцин. Стосовно особистого вибору вакцини на питання «Чи вважаєте Ви ту чи іншу вакцину для себе пріоритетною? Якщо так, то за яким критерієм?» були отримані відповіді: так, вважаю, за критерієм найменших побічних наслідків – 37 %; так, вважаю, за критерієм ефективності – 36,4 %; ні, не вважаю – 23,6 %; так, вважаю, за критерієм довіри до виробника – 17,6 %; не замислювався – 11,5 %; так, вважаю, за критерієм обмеженості доступу для широкого загалу, престижу – 4,8 %.

На питання «Якщо Ви вакцинувалися (плануєте вакцинуватися), то як обирали (плануєте обирати) вакцину?» респонденти відповіли: чекав (чекатиму) вакцину, щодо якої зібрав найбільше позитивної інформації зі спеціалізованих джерел (медичних форумів, фахових видань та ін.) – 33,3 %; чекав (чекатиму) вакцини, яку вважаю найкращою – 19,6 %; чекав (чекатиму) конкретної вакцини, яку рекомендував мені лікар – 18,8 %; скористався (-юся) тією, яка була (буде) в наявності – 17 %; чекав (чекатиму) вакцину, щодо якої зібрав найбільше позитивної інформації зі ЗМІ, Youtube, соціальних мереж та інших широкодоступних джерел – 15,3 %; чекав (чекатиму) конкретну вакцину, яку мені рекомендували друзі / родичі / колеги – 13,6 %. Отже, на вибір особи щодо вакцини впливають критерії її ефективності та найменших побічних наслідків, причому громадяни активні у пошуках інформації щодо вакцини та у своєму виборі.

Питання «Якщо Ви НЕ вакцинувалися і не плануєте цього робити, то чому?» отримало відповіді: побоююся побічних ефектів – 49,5 %; не вірю в ефективність вакцини – 33,6 %; не довіряю виробникам через

¹ Примітка. Інші відповіді на це питання були такими: прагнення убезпечити себе, близьких – 50,7 %; власні переконання (я є прихильником вакцинації) – 31,8 %; необхідність подорожування – 37,6 %; вплив близького оточення (умовляння, рекомендації) – 7,2 %; про всяк випадок – 5,7 %..

імовірність колективної змови – 21,7 %; нещодавно перехворів – 12,8 %; не маю можливості провакцинуватися тією вакциною, якою хочу – 9,9 %; не боюся хвороби – 8,9 %; маю протипоказання – 6,9 %; інше – 5,9 %. Тож основним мотивом непроходження громадянами вакцинації є страх побічних ефектів та невіра в ефективність вакцини. Виходячи з таких результатів, уявляється, що активізація просвітницької кампанії, популяризація серед населення здорового способу життя, широке висвітлення результатів клінічних досліджень могло б збільшити в населення бажання робити щеплення.

З іншого боку, небажання вакцинуватися пов'язане з іще однією **проблемою – наявністю низки міфів щодо вакцин**. Переважно вони пов'язані з побічними ефектами різних вакцин, зі смертністю від вакцин, зі зміною **мРНК-вакциною людської ДНК** та ін. Міфи впливають на вибір громадян вакцинуватися чи ні, якою вакциною робити щеплення та в цілому знижують темпи вакцинації. Такий висновок підтверджується відповідями на кілька вищезазначених питань. У боротьбі з неправдивою інформацією корисною є практика органів влади, ЗМІ та інших суб'єктів щодо наповнення інформаційного простору антифейковим роз'яснювальним матеріалом, що надає відповіді на поширені питання громадян та розвіює популярні міфи [3].

Проблема стратифікації населення за доступністю вакцини того чи іншого виробника. На жаль, вакцинація стала одним із факторів розподілу суспільства на групи за престижністю отримуваної вакцини. Одним із уявлень є те, що одна вакцина призначена лише для еліти суспільства, а інша – для пересічних громадян. Така гіпотеза була підтверджена опитуванням, за яким 52,1 % відзначили, що певна вакцина є найпрестижнішою, при цьому інші вакцини набрали менше, ніж 16 % кожна; 18,2 % не вважають ніяку вакцину престижною; 10,9 % не замислювалися над цим питанням.

Проблема імітації вакцинації й підробка сертифікатів. Поширеним і водночас небезпечним явищем, яке активно набирає обертів, стала підробка сертифікатів та імітація вакцинації. Придбати сертифікат можна в межах 1600 грн – 300 євро. При цьому попит на таку послугу зростає [6]. Суб'єктами, що її надають, виступають як треті особи, так і медики. І якщо підробка третіх осіб легше викривається компетентними органами, зокрема, при перетині кордону, адже такий сертифікат не вноситься до реєстру вакцинації, то відповідні діяння медиків є більш

суспільно небезпечними, адже відбувається імітація процесу вакцинації, під час якої вакцину зливають, а особі надають сертифікат, що засвідчує її вакцинацію, із введенням необхідної інформації до реєстру. Підробний сертифікат має подвійні негативні наслідки для особи та її оточення: по-перше, він ніяк не знижує ризиків хвороби для неї; по-друге, надає їй ширші можливості для соціальної комунікації, а отже, сприяє поширенню хвороби, «відводячи від неї підозру» як від можливого джерела інфекції.

У проведеному опитуванні було поставлено й питання, стосовне наслідків вакцинації, – «Як на Вас позначилася вакцинація?», на яке було отримано такі відповіді: відчув незначні побічні ефекти – 40,3 %; ніяк – 35,4 %; відчув впевненість у тому, що не захворію, але продовжую дотримуватися карантинних правил – 24,1 %; став вести більш активний спосіб соціального життя (відвідувати громадські місця, культурні заходи, подорожувати, зустрічатися з друзями та ін.) – 14,5 %; відчув серйозні побічні ефекти – 4,8 %; отримав ширші можливості в роботі, навчанні – 3,2 %; відчув впевненість у тому, що не захворію, і перестав дотримуватися карантинних правил – 1,6 %.

Вбачається, що поширення інформації щодо результатів проходження вакцинації населенням сприятиме остаточному рішенню невакцинованих громадян щодо того, робити щеплення чи ні.

Список використаних джерел:

1. Оперативна інформація про поширення та профілактику COVID-19. *Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/operativna-informacija-pro-poshirennja-koronavirus-noi-infekcii-2019-cov19>.
2. Що потрібно знати про вакцину проти COVID-19? Відповіді на найпоширеніші питання щодо вакцини проти корона вірусу. *UNICEF Ukraine*. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/stories/covid-19-vaccines>.
3. Антифейки про вакцинацію від COVID-19. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/articles/antifakes>.
4. Вакцинация: право или необходимость? «Вавржичка и другие против Чешской Республики». *Издательский дом «Развитие правовых систем»*. URL: <https://rpspress.ru/news/892/>.
5. В Україні хочуть ввести обов'язкову вакцинацію від COVID-19, але не для всіх. *Deutsche Welle*. URL: <https://www.dw.com/uk/v-ukraini-khochut-vvesty-oboviazkovu-vaktsynatsiiu-vid-covid-19-ale-ne-dlia-vsikh/a-59356175>.

6. Горбань Ю., Ліскович М. Сертифікати вакцинації підробляють масово і безкарно. *Українформ*. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3308366-sertifikati-vakcinacii-pidroblaut-masovo-i-bezkarno.html>.

Забуга Ю. Ю.

*к.ю.н., старший науковий співробітник
лабораторії дослідження проблем
національної безпеки у сфері
громадського здоров'я НДІ вивчення
проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташиса НАПрН України*

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРИМУСОВОЇ ВАКЦИНАЦІЇ ОКРЕМОЇ КАТЕГОРІЇ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ЧИННИМ УКРАЇНСЬКИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ¹

Несприятлива епідеміологічна обстановка як в Україні, так і у всьому світі, викликана стрімким поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, яка в нашій державі віднесена до особливо небезпечних інфекційних хвороб, вимагає від Уряду рішучих дій. Загальновідомо, що неабияку роль у локалізації та ліквідації епідемій/пандемій відіграють масові профілактичні щеплення населення². Завдяки вакцинації людству майже вдалося перемогти віспу, поліомієліт, кір, малярію, а також інші інфекційні захворювання, які були причиною смерті сотні тисяч людей щороку. ВООЗ стверджує, що і для стримування пандемії COVID-19 вакцинація є критично важливим заходом у поєднанні з ефективним тестуванням та запобіжними заходами, що вже застосовуються.

У той час як в грудні 2020 р. в Ізраїлі, США, Канаді, Великій Британії та багатьох інших країнах світу стартувала кампанія з вакцинації від COVID-19, в Україні тільки підписали технічну документацію в рамках ініціативи COVAX про надання 8 млн. доз вакцин, першу партію яких очікували навесні 2021 р. [1] 22.12.2020 р. оперативним штабом Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) з вакцинокерованих

¹ *Примітка.* Робота виконана в межах НДР «Національна безпека у сфері громадського здоров'я: правові засоби захисту від загроз» (державний реєстраційний номер: 0120U105608).

² Визначення поняття «профілактичне щеплення» міститься в ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-III (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1645-14>). Відповідно до ст. 1 цього Закону профілактичні щеплення – введення в організм людини медичних імунобіологічних препаратів для створення специфічної несприйнятливості до інфекційних хвороб.

інфекцій було затверджено план імунізації населення від COVID-19, розроблений фахівцями Центру громадського здоров'я України разом з експертами ВООЗ та ЮНІСЕФ. Відповідно до цього плану передбачалося, що протягом 2021–2022 рр. вакциновано буде щонайменше 50 % населення України, що становить приблизно 20 млн людей [2]. Проте станом на 01.10.2021 р. лише 5 674 722 людини завершило вакцинацію (отримало 2-ї дози вакцини від коронавірусної хвороби), що становить лише 13,86 % від загальної кількості населення [3]. Наведені цифри свідчать про те, що кампанія щодо вакцинації від COVID-19 виявилася відверто провальною.

Щоб забезпечити населення від стрімкого розповсюдження коронавірусної інфекції, вже 29.09.2021 р. МОЗ підготувало проект наказу «Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням» (далі – Проект), який було оновлено 01.10.2021 р. Відповідно до цього Проекту обов'язкової вакцинації від COVID-19 у разі відсутності абсолютних медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень підлягають працівники:

1. Центральних органів виконавчої влади та їх територіальних підрозділів.

2. Місцевих державних адміністрацій.

3. Закладів вищої, післядипломної, фахової передвищої, професійної (професійно-технічної), загальної середньої, у тому числі спеціальні, дошкільної, позашкільної освіти, закладів спеціалізованої освіти та наукових установ незалежно від типу та форми власності [4].

По-перше, варто констатувати, що даний перелік працівників є далеко не повним і охоплює в переважній більшості працівників державного сектору. Проте поза увагою держави майже залишаються працівники комунального сектору. Також постає питання про те, куди із цього переліку поділися інші працівники публічних професій у сфері приватного сектору? Хіба, наприклад, касири та продавці в супермаркетах, магазинах та ринках, водії громадського транспорту, медичні працівники, фармацевти, працівники б'юті-індустрії, які офіційно працевлаштовані, не контактують щодня із десятками громадян, створюючи при цьому загрозу зараження коронавірусної хворобою своїх клієнтів? На нашу думку, наведений перелік потребує розширення та оновлення, якщо ми дійсно бажаємо успішно протидіяти поширенню COVID-19.

По-друге, постають до вирішення низка питань:

– Чи суперечать дії Уряду по визначенню переліку працівників, які підлягатимуть обов'язковій вакцинації, чинному законодавству України?

Чи буде ефективно працювати механізм по забезпеченню реалізації покладеного обов'язку?

– Чи не буде при цьому порушень прав і основоположних свобод людини?

Для відповіді на ці питання, звернемося насамперед до законодавства України в сфері охорони здоров'я. Так, у ст. 10 ЗУ від 19.11.1992 №2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – ЗУ №2801-ХІІ) зазначено, що кожен громадянин *зобов'язаний* (тут і далі курсив мій – Ю. З.) не шкодити здоров'ю інших громадян, проходити профілактичні медичні огляди і *робити щеплення у передбачених законодавством випадках* [5]. Особливу увагу варто зосередити на ч. 2 ст. 30 ЗУ №2801-ХІІ, де зазначено, що «щодо окремих особливо небезпечних інфекційних захворювань *можуть здійснюватися обов'язкові* медичні огляди, *профілактичні щеплення*, лікувальні та карантинні заходи в порядку, встановленому законами України» [5] Потрібно зауважити, що останні зміни, які вносилися до цієї статті датовані 2012 р. Отож, чинним українським законодавством можуть бути передбачені випадки, коли профілактичне щеплення проти окремих особливо небезпечних інфекційних захворювань (нагадаю, що саме до таких захворювань і віднесено COVID-19) є обов'язковим для окремих категорій населення в Україні.

ЗУ від 24.02.1994 №4004-ХІІ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (далі – ЗУ №4004-ХІІ) серед обов'язків громадян також передбачає обов'язок робити щеплення у передбачених законодавством випадках (ст. 5 цього ЗУ) [6]. Проте на сьогодні відповідно до ч. 1 ст. 27 ЗУ №4004-ХІІ, а також ч. 1 ст. 12 ЗУ від 06.04.2000 №1645-ІІІ «Про захист населення від інфекційних хвороб» (далі – ЗУ №1645-ІІІ) [7] лише 6 профілактичних щеплень є обов'язковими в Україні: проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюка та кіру. Відповідно до ч. 2 ст. 27 ЗУ №4004-ХІІ «*обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань... підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної ними роботи. У разі необґрунтованої відмови від щеплення за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби вони до роботи*

не допускаються». Наведенні положення майже повністю дублюються у ч. 2 ст. 12 ЗУ № 1645-III, з тією лише різницею, що відсутня вказівка на те, яким саме чином відбуватиметься відсторонення працівників, що не пройшли обов'язкові профілактичні щеплення за відсутності медичних протипоказань. Положення ЗУ від 1645-III та ЗУ № 4004-XII потрібно розглядати як взаємопов'язані, оскільки вони регулюють одну й ту саму сферу суспільних відносин.

Проте варто згадати про те, що державна санітарно-епідеміологічна служба ліквідована Урядом у 2017 р., а її функції передані МОЗ, Держпраці та Держпродспоживслужбі та ін. Отже, за чинним законодавством особа, яка відмовиться від вакцинації не може бути відсторонена від трудових обов'язків, оскільки в системі органів державної влади відсутній орган, наділений повноваженнями виносити подання про відсторонення таких осіб, тобто відсутній механізм реалізації положень Проекту Наказу МОЗ від 29.09.2021 р.

Далі у ч. 4 ст. 12 ЗУ № 1645-III в ред. від 16.10.2012 р. зазначається, що «рішення про проведення обов'язкових профілактичних щеплень за епідемічними показаннями на відповідних територіях та об'єктах приймають *головний державний санітарний лікар України, головний державний санітарний лікар Автономної Республіки Крим, головні державні санітарні лікарі областей, міст Києва та Севастополя, головні державні санітарні лікарі* центральних органів виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах оборони і військового будівництва, охорони громадського порядку, виконання кримінальних покарань, захисту державного кордону, Служби безпеки України». Тобто цей Закон передбачає відповідну процедуру прийняття рішень про проведення обов'язкових профілактичних щеплень. На сьогодні ця процедура не може бути дотримана повною мірою через відсутність окремої структури, якою є Державна санітарно-епідеміологічна служба України. Тобто законним буде лише оголошення обов'язкової вакцинації від COVID-19 окремих категорій працівників на всій території України, через відновлення посади головного державного санітарного лікаря України.

Таким чином, прийняття державою рішення про встановлення обов'язкової вакцинації окремих категорій працівників потребує виваженого підходу не лише в частині формування переліку виробництв (професій), але й внесення системних змін до ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та ЗУ від «Про

захист населення від інфекційних хвороб», для створення ефективного механізму реалізації вказаного обов'язку та з метою дотримання принципу законності.

Список використаних джерел:

1. Пандемія COVID-19: чотири етапи вакцинації українців. Аналітичний портал СЛОВО І ДІЛО (22 грудня 2020 р.) URL: <https://www.slovoidilo.ua/2020/12/22/infografika/suspilstvo/pandemiya-covid-19-chotyry-etapy-vakcynacziyi-ukrayincziv>. (дата звернення 10.10.2021 р.).

2. В Україні затвердили план вакцинації населення від COVID-19 – Центр громадського здоров'я. Офіційний сайт Центра громадського здоров'я МОЗ України. URL <https://phc.org.ua/news/v-ukraini-zatverdili-plan-vakcinacii-naselennya-vid-covid-19-centr-gromadskogo-zdorovya> (дата звернення 10.10.2021 р.).

3. Поточна статистика по вакцинації станом на 01.10.2021 р. в Україні. Сайт Міністерства фінансів України. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/vaccination/ukraine/>. (дата звернення 01.10.2021 р.).

4. Проект наказу МОЗ України «Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням». Офіційний сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions/proekt-nakazu-moz-ukraini-pro-zatverdzhennja-pereliku-profesij-virobnictv-ta-organizacij-pracivniki-jakih-pidljagajut-obovjzakovim-profilaktichnim-sheplennjam>. (дата звернення 10.10.2021 р.).

5. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 №2801-ХІІ // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12>. (дата звернення: 10.10.2021).

6. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 №4004-ХІІ // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4004-12>. (дата звернення: 10.10.2021).

7. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 №1645-ІІІ // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1645-14> . (дата звернення: 10.10.2021).

Калініна А. В.

*к.ю.н., науковий співробітник відділу
кримінологічних досліджень НДІ
вивчення проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташиса НАПрН України*

МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ ПРО PUBLIC HEALTH В УКРАЇНІ В УМОВАХ COVID-19¹

Існування людини, її розвиток та активна діяльність залежать від її біологічної основи – здорового організму. У світлі пандемії COVID-19 проблема здоров'я набула особливого загострення, адже у реальній дійсності виникла й швидко набула масштабного поширення нова загроза для людини – вірус, що може викликати не лише тяжке захворювання, а й смерть. Звісно, що й до розвитку пандемії COVID-19 існувала (та й продовжує існувати) низка загроз для здоров'я людини як внутрішнього (хронічні хвороби), так і зовнішнього (інфекції, віруси і т.п.) характеру. У свою чергу, охорона здоров'я людини – одна із першочергових задач держави, що реалізується через розгалужену систему заходів.

У ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я остання визначається як система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [1]. Суб'єктами здійснення таких заходів є:

- органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я;
- фізичні особи – підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни (ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [1].

¹ *Примітка.* Тези підготовлено на виконання проекту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстр. номер 2020.01/0155), що виконується за підтримки Національного фонду досліджень України.

Отже, реалізація права особи на охорону здоров'я залежить від багатьох суб'єктів. У період пандемії COVID-19 діяльність таких з них, як медичні та фармацевтичні працівники, набула певної специфіки, зокрема, й через встановлення тимчасових заборон на здійснення певних заходів з охорони здоров'я на урядовому рівні.

Під час виконання наукового дослідження «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстр. номер 2020.01/0155) Науково-дослідним інститутом вивчення проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України під егідою Національного фонду досліджень України протягом січня-травня 2021 року було проведено всеукраїнське анкетування медичних працівників. Кількість респондентів склала 843 особи, середній стаж роботи яких у сфері медицини – понад 15 років. Більше 60 % опитаних спеціалізуються на лікуванні інфекційних хвороб. Також 70,5 % опитаних наразі працюють (або працювали протягом пандемії) із хворими на корона вірус [2, с. 27].

Наведемо думку респондентів з приводу ключових питань здійснення охорони здоров'я населення під час боротьби з пандемією COVID-19.

1. Обґрунтованими з протиепідемічної точки зору карантинні заходи, що мають або мали місце в Україні, вважають 83,0 % медичних працівників, 17,0 % схиляються до того, що введені Урядом заходи не є обґрунтованими [2, с. 31].

2. Відкладення або перенесення планової госпіталізації або операцій під час карантину 47,3 % оцінили негативно; 19,7 % – позитивно; 17,0 % респондентів було важко відповісти, а 16,0 % висловили нейтральне ставлення до таких заходів [2, с. 30].

3. Офіційна статистика щодо захворюваності населення на COVID-19 є заниженою. Причинами заниження реальної кількості хворих із діагнозом COVID-19 в Україні респонденти вважають:

- відсутність точних тестів на наявність захворювання (48,5 %);
- тривале очікування результатів ПЛР-тесту (1,0 %);
- відсутність місць у лікарнях для лікування хворих на COVID-19 (4,0 %);
- недостатню кількість безкоштовних експрес-тестів або ПЛР-тестів у місцевих поліклініках та лікарнях (2,0 %);
- вибіркове тестування, так як тестуванню підлягають не всі хворі особи із симптомами, схожими на COVID-19 (3,0 %);

- до лікаря звертаються не усі особи, які мають симптоми гострого респіраторного захворювання (6,0 %);

- лікарі первинної ланки часто не призначають пацієнтам із симптомами гострого респіраторного захворювання або пневмонії обстеження на COVID-19 (2,0 %);

- інше (0,8 %) [2, с. 32].

4. Тестування на коронавірус протягом пандемії в Україні 51,5 % респондентів вважають доступним, оскільки держава створила можливість зробити такий тест безкоштовно, а 18,4 % вбачають доступність такого тестування у можливості зробити тест за власні кошти. Однак 24,3 % медичних працівників відповіли, що таке тестування не доступне пересічному громадянину¹ [2, с. 37].

5. Доступним лікування від коронавірусу в Україні вважають 51,4 %, не доступним – 48, 6 % [2, с. 38].

6. Обов'язковою суцільну вакцинацію населення від коронавірусу вважають 34,3 %. Вакцинація є не потрібною на думку 56,9 %, робити її лише за бажанням особи пропонують 4,8 %, а безглуздо вона видається 4,0 % респондентів (оскільки, на їх думку, від цієї хвороби не формується стійкий імунітет) [2, с. 41].

7. Щодо тривалості карантину медичні працівники зазначили, що він триватиме до кінця 2021 року визначили 43,8 %, ще 2–3 роки – 27,6 %, завжди – 3,8 % респондентів [2, с. 37].

Недостатній ступінь можливості повноцінної реалізації права на охорону здоров'я в повній мірі, відчуття недостатнього ступеня піклування та дбайливості з боку держави сприяє виникненню у населення прагнення задовольнити таке право у будь-який спосіб. Це полегшує досягнення кримінальними правопорушниками їх мети: поширенню фішингових атак, підживленні корупції у медичній сфері і т.п.

Отже, специфічні умови, в яких перебуває українське суспільство протягом вже майже двох років, сприяли формуванню особливостей реалізації суб'єктами охорони здоров'я своєї діяльності. На професійний погляд одних із таких суб'єктів – медичних працівників, охорона здоров'я під час пандемії COVID-19 має недосконалість, врахування яких з метою їх усунення при плануванні такої діяльності у схожих умовах в майбутньому сприятиме уникненню обмежень у реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я.

¹ Відповідь «інше» надали 5,8 %.

Список використаних джерел:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

2. Калініна А. В. Результати анкетування медичних працівників щодо соціально-правових та кримінологічних наслідків пандемії COVID-19. *Звіт про результати анкетування щодо наслідків пандемії COVID-19 та шляхів їх усунення*. Харків : Наук.-досл. ін-т вивч. пробл. злоч. ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України, 2021. С. 27–47.

Кашинцева О. Ю.
доцентка, к.ю.н., адвокатка, керівник
Центру гармонізації прав людини НДІ
ІВ НАПрН України, консультант
з юридичних питань БО
«100 % Життя»

ЛІБЕРАЛІЗАЦІЯ ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В СФЕРІ ФАРМАЦІЇ: ВИКЛИКИ ПАНДЕМІЇ

Заява генерального директора ВООЗ на початку 2021 року про «катастрофічний моральний провал», на межі якого опинився світ через нерівний міжнародний розподіл вакцин Covid-19, а також заява про те, що такі дії лише продовжать пандемію та соціальні обмеження, що, на жаль, є необхідними для її стримування. Відтак людські трагедії та економічні негаразди спонукали до перегляду міжнародною спільнотою підходів у формуванні політики з інтелектуальної власності в сфері фармації [1].

Така позиція ВООЗ вплинула і на формування подальшої політики Світової організації торгівлі (СОТ), яка прослідковується в рамках Ради ТРІПС щодо запровадження виключень із прав інтелектуальної власності на об'єкти, які використовуються у діагностуванні, лікуванні та профілактиці COVID-19 на час пандемії. Вплив на позицію СОТ мала і заява адміністрації Дж. Байдена щодо можливої відмови від міжнародного патентного захисту на вакцини проти COVID-19. США заявили, що почнуть брати участь у переговорах СОТ щодо умов виключення з прав інтелектуальної власності, для розкриття патентів та досьє з виробництва вакцин, що має зробити останні широко доступними та дозволить країнам із низьким рівнем доходу використовувати біосиміляри [2].

У 2021 році Україна, чи не вперше в історії свого членства в СОТ, зайняла активну протекціоністську позицію щодо локального виробництва ліків та імунобіологічних препаратів. Позиція України на Раді ТРІПС формується на підставі аналітичних висновків, які готуються для Міністерства економічного розвитку України, експертами МОЗ України та НДІ інтелектуальної власності НАПрН України. Позиція національних фахівців спрямована на адвокування необхідності демонополізації інтелектуальної власності в умовах пандемії щодо об'єктів, які є складовою діагностики, профілактики та лікування COVID-19 [3]. Ми раді, що

Торговий Представник України Тарас Качка на Раді ТРІПС також підтримує позицію вільного використання інтелектуальної власності в сфері розробки вакцин [4].

Низка заходів, які були проведені у співпраці з Міністерством економіки України, МОЗ України, національними фармацевтичними виробниками та представниками БО «Мережа ЛЖВ: 100 % Життя» на базі НДІ інтелектуальної власності НАПрН України дали підґрунтя для висновків щодо необхідності: розробити державну програму підтримки та розвитку вітчизняного виробництва лікарських засобів для задоволення внутрішніх потреб країни; рекомендувати утворення постійно діючого координаційного дорадчого органу, до складу якого мають увійти представники фармвиробників, МОЗ України, Державної служби лікарських засобів, інших заінтересованих органів влади, представників профільних громадських об'єднань та пацієнтських організацій; розробити зміни до законодавства, які стимулюватимуть трансфер технологій від провідних світових виробників – розробників ліків за посередництва Уряду України, зокрема через дипломатичні канали; сприяти запровадженню податкових стимулів для збільшення інвестицій у розроблення та дослідження (R&D), виробництво вітчизняних лікарських засобів для задоволення внутрішніх потреб; відновити механізм державного замовлення в сфері розроблення та виробництва лікарських засобів задля захисту приватних капіталовкладень за допомогою довгострокових державних гарантій на закупівлю відповідних ліків, внесення відповідні зміни до актів законодавства щодо впровадження довгострокових бюджетних зобов'язань за такими договорами державного замовлення.

Світові тенденції, демонструють, що країни, які мають власну фармацевтичну індустрію (оригіраторів та генериків), готуються до виробництва ліків за надзвичайних обставин. Питання добровільних ліцензій піднімаються Technology Access Partnership TAP, який адмініструється UN Technology Bank або через Open COVID Pledge Initiative. Проте, наразі не бачимо прогресу за цим напрямком.

Для України корисним є використання досвіду Канади в частині сприяння веденню переговорів з основними виробниками вакцин щодо налагодження національного виробництва ліків та в частині розроблення законодавства в сфері примусового ліцензування [5].

Такий шлях було обрано і Німеччиною, де набрав чинності «Закон про захист населення у випадку епідемічної ситуації національного значення». Закон, серед іншого, передбачає внесення змін до Патентного закону,

відповідно до яких Федеральне міністерство охорони здоров'я має право дозволяти використання певних патентів для забезпечення виробництва та постачання фармацевтичних препаратів або медичних виробів. Франція у 2020 році прийняла надзвичайний Закон № 2020–290 щодо боротьби з епідемією COVID-19, який ввів статтю 3131 15 до Кодексу громадського здоров'я Франції. Ця норма уповноважує Прем'єр-міністра видавати накази щодо витребування чи вилучення усіх товарів та послуг, необхідних для боротьби з катастрофою, тимчасово контролювати ціну продукції та за необхідності вживати будь-яких заходів, що б забезпечити надання пацієнтам відповідних ліків для ліквідації катастрофи, пов'язаної зі здоров'ям [6].

Український фармацевтичний виробник (в особі провідних фармкомпаній) готовий до виклику налагодження локального виробництва вакцин досить швидко у разі повної передачі технології (добровільної ліцензії), натомість щодо специфічних ліків для лікування COVID-19, в основі яких лежать хімічна формула, то виробництво можливо налагодити і на умовах примусового ліцензування, маючи лише доступ до патентів. Останнє вимагає суттєвих змін до національного законодавства.

Список використаних джерел:

1. Vaccine nationalism means that poor countries will be left behind. URL: <https://www.economist.com/graphic-detail/2021/01/28/vaccine-nationalism-means-that-poor-countries-will-be-left-behind>
2. Biden backs COVID-19 vaccine patent waivers. URL: <https://thehill.com/policy/healthcare/551992-biden-backs-covid-19-vaccine-patent-waivers>
3. «Solidarity» clinical trials for COVID-19 treatments. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>
4. Taras Kachka. URL: https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=2957481301244590&id=100009482460255
5. Backgrounder – Government of Canada investments in COVID-19 vaccines, therapeutics and biomanufacturing capacity. URL: <https://www.canada.ca/en/innovation-science-economic-development/news/2021/02/backgrounder--government-of-canada-investments-in-covid-19-vaccines-and-biomanufacturing-capacity.html>
6. Governmental Use of Patented Inventions during a Pandemic: A Global Survey. URL: https://www.nortonrosefulbright.com/-/media/files/nrf/nrfweb/knowledge-pdfs/governmental-use-of-patented-inventions-during-a-pandemic-guide.pdf?revision=9d9d116f-20b6-4016-928d-64395c088681&fbclid=IwAR3okqq_WC8wh2bc1E-UyiAaingFprxuzvWH6ZA3xgfAjW4Dp6hpxx2x9w

Клімов О. І.

*Голова правління ГО «Всеукраїнська
фармацевтична палата» Член Ради
Міжнародної Федерації Фармацевтів
(FIP) Член Американської
Фармацевтичної Асоціації (APhA)*

АПТЕКА – ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, А НЕ МІСЦЕ З ПРОДАЖУ ЛІКІВ

Стан справ в аптечному сегменті системи охорони здоров'я України потребує вжиття термінових заходів зі сторони влади з метою не допущення перетворення Аптеки з закладу охорони здоров'я в місце з продажу ліків.

У відповідності до Наказу МОЗ України № 385 від 28.10.2002 р. «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я ,переліку лікарських посад і переліку фармацевтичних працівників» п.3, п.22 визначено місію аптеки ,як закладу охорони здоров'я- основним завданням якої є забезпечення а не продаж ліків населенню та ЛПЗ та фармацевтичного працівника, як члена єдиної медичної команди.

За останні 10 років, завдяки злиттю в єдиному корупційному симбіозі представників влади та бізнесу створено найнебезпечнішу для фармацевтичної галузі й всієї системи охорони здоров'я країни форму продажів ліків -мережеві аптеки – які фактично являються монополістами на ринку реалізації лікарських засобів та де факто замінили функцію держави в частині формування цін на лікарські засоби та виробу медичного призначення.

Аптечні монополії (АМ) – це галузеві монополії які шляхом картельних змов знищують аптечні заклади, як заклади ОЗ – в них єдина мета прибуток, а не здоров'я пацієнта.

1. АМ- Мережеві аптеки –це катализатори комерційної конкуренції яка являється гальмом безпечного та ефективного лікування, при цьому застосовуючи маніпулятивні прийоми вводячи в оману покупця, починаючи від самої назви – Аптека низьких цін, Копійка, Аптека оптових цін, Соціальна аптека, працівники яких нав'язують пацієнтові додаткові ліки ,безвідповідально замінюючи роль лікаря в частині призначення ліків й такими своїми діями перетворюються в банальних торгашів кольоровими коробочками.

2. АМ-створили надлишок низько-професійної пропозиції-фармацевтичних працівників (заочна форма здобуття професії).

3. АМ- знизили засадничий наріжний камінь сучасної парадигми охорони здоров'я – триєдиний тріумвірат – ЛПКАР-ФАРМАЦЕВТ-ПА-ЦІЄНТ та призвели катастрофічних розмірів самолікування ,яке стало основною причиною звірення населення в ефективність та безпечність системи ОЗ в Україні.

4. АМ –завдяки відсутності у державних органів влади бажання та інструментів регулювання кількості аптек ,призвело до консолідації мережевих аптек ,які диктують виробникам та постачальникам лікарських засобів та виробів медичного призначення цінові умови ,величину маркетингових виплат за допуск на аптечну полицю їхньої продукції та отримали реальні важелі впливу для зростання цін для споживача.

Як не парадоксально, але при жорсткій конкуренції на аптечному ринку вартість ліків не знижується ,а навпаки збільшується – за рахунок перерозподілу націнки до бек-маржі маркетингових договорів- вартість ліків завищено ,як мінімум на 40 %.

5. АМ – нехтуючи стандартами GMP та відсутністю професійного досвіду й ресурсів для забезпечення належної якості фармацевтичної продукції залучили модель реалізації товарів щоденного вжитку – це Власні Торгові Марки- ВТМ.

ВТМ – заповнюють полиці МА, не допускаючи не них лікарські засоби ,що вироблені у відповідності до міжнародних стандартів безпечності та якості.

6. Структура аптек в Україні за станом на 01. – 01.2018 р.:

Всього аптек 20 100, з них: 389-ліцензія на виготовлення ліків в аптечних умовах, 518-ліцензія на відпуск ліків з наркотичними речовинами та прекурсорами

Структура аптек в Україні за станом на 01.01.2021 р.:

Всього аптек –21 907, з них : 220-ліцензія на виготовлення ліків в аптечних умовах, 394 – ліцензія на відпуск ліків з наркотичними речовинами та прекурсорами.

За два роки Аптек збільшилось на 1807, при цьому відбулося зменшення Аптек з виготовлення на 169, а аптек, що мали ліцензію на відпуск ліків до складу яких входять наркотичні лікарські засоби та прекурсори на 124 .

Виготовлення ліків в аптечних умовах- це відмінна риса аптеки від місця з продажу ліків. Кількість населення на одну аптеку в: Австрії-6360, Великобританія-4796, Німеччина-3866, США – 5143, Україна – 1825.

Відпуск ліків рецептурної форми відпуску – виключно за рецептами лікарів (за виключенням України).

Як показує світовий досвід, що належне функціонування аптек та виконання ними покладених державою задач не можливе при повній лібералізації принципів їх створення, а саме:

– Відсутність яких-небудь законодавчих правил ,які стосуються демографічних та територіальних умов призвели до знищення соціально направлених ,сільських та малих аптечних закладів та концентрації аптек «двері в двері» в яких професійній конкуренції не має місця.

– Застосування принципів не добросовісної конкуренції шляхом демпінгування на не великий період цін, для знищення малих аптечних закладів.

Перелік заходів ,які необхідно терміново розробити та реалізувати з метою повернення Аптеки в лоно системи охорони здоров'я України:

1. В зв'язку з тим ,що Україною підписано та ратифіковано 16 вересня 2014 р. угоду «Про асоціацію між Україною та Європейським Союзом» де передбачено визнання необхідності широкомасштабної адаптації законодавства України до ACQUIS ЄС.

Важливим є те, що в основі законодавства країн –членів ЄС, стосовно аптечних закладів, лежить Копенгагенська декларація, прийнята на 3-й щорічній нараді Європейського форуму фармацевтичних асоціацій (EuroPharmForum) та Європейським бюро ВООЗ (Копенгаген, Данія, травень 1994 р.) де з метою підвищення ефективності систем охорони здоров'я в питаннях фармацевтичного забезпечення населення ВООЗ рекомендує керуватися принципами, розробленими EuroPharmForum, а саме: Власники Аптек не повинні мати економічного впливу на здійснення фармацевтами своєї діяльності.

2. Терміново прийняти ПКМУ, щодо:

– Прийняття змін до ПКМУ №929 від 30 листопада 2016 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» в частині повної адаптації до Європейських Директив 83.

– Прийняття ПКМУ «Про застосуванню мораторію на відкриття Аптек – місць здійснення діяльності за виключенням аптек з виготовленням ліків в аптечних умовах та аптек ,та аптек які відпускають ліки до складу яких входять наркотичні лікарські засоби та прекурсори й аптек в сіль-

ській місцевості», заборонити укладання маркетингових Угод аптечними закладами з виробниками та постачальниками лікарських засобів на просування ліків, які входять до Національного переліку основних лікарських засобів, затверджених КМУ (постанова №333 від 25 березня 2009).

3. Прийняття ВРУ Закону України «Про самоврядування медичних професій» та розробку й прийняття ВРУ Закону України «Про фармацевтичну діяльність».

4. Внести зміни до Податкового Кодексу України в частині зміни ставки ПДВ з 20 % на ліки виготовлені в аптечних умовах до 7 % , як на ліки, виготовлені в промислових умовах.

5. МОЗ України посилити контроль за відповідальність лікарів за призначення лікарських засобів рецептурної форми відпуску без виписки рецепту, як в електронному так й в паперовому виді.

6. МОЗ України підтримати пропозицію ГО «ВФП» щодо створення реально працюючої Робочої групи по розробці національних стандартів Належної Аптечної Практики та підготувати Наказ про заборону застосування аптечними закладами ВТМ на лікарські засоби, так як це створює умови для не допуску на полиці аптек ліків ,що вироблені в промислових умовах –тобто створюються умови для ведення не добросовісної конкуренції.

Козут Н.Д.

*к.ю.н., старший викладач кафедри
інтелектуальної власності та
приватного права НТУУ «КПІ імені
Ігоря Сікорського»*

ПРАВОВІ ПИТАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ ВАКЦИН

Україна є однією з країн з найбільшою кількістю обов'язкових вакцин: гепатит В, туберкульоз, кір, епідпаротит, краснуха, дифтерія, правець, коклюш, поліомеліт, хіб-інфекція, всі з яких є обов'язковими для неповнолітніх. Після появи коронавірусної хвороби, обов'язковою для багатьох дорослих стала також вакцина від COVID-19 [1]. При відсутності таких вакцин особи втрачають право відвідування учбових закладів та права на продовження роботи у відповідних сферах. Календар профілактичних щеплень передбачає тимчасові та постійні медичні протипоказання до проведення щеплень [2]. Лише у разі наявності постійних протипоказань особа може продовжувати відвідувати відповідні заклади без відповідних щеплень.

Постійні (абсолютні) медичні протипоказання проти щеплення втрачують наявність певних супутніх патологій, однак не можуть врахувати можливість настання певних алергічних реакцій; індивідуальну непереносимість окремих компонентів вакцини, а також можливі відтерміновані побічні ефекти. На жаль, вакцини характеризуються такою особливістю, що алергічну реакцію на них не можна протестувати шляхом введення малої дози препарату.

Слід відзначити, що в тенденції до всеохоплюючої вакцинації викликає занепокоєння ряд факторів:

1) Постійне розширення хвороб, від яких передбачається обов'язкова вакцинація (з 2022 року планується додати вакцинацію від пневмококової інфекції);

2) Принцип диспропорційності нав'язаного інвазивного потенційно небезпечного медичного втручання (втрата права на роботу, освіту чи вільне пересування за наслідком невакцинування) для більшості з метою збереження здоров'я меншості, яка за медичними показниками не може вакцинуватися;

3) Звільнення від відповідальності фармацевтичних компаній за побічні ефекти їх вакцин [3];

4) Висновок про зв'язок між вакцинацією та побічними ефектами у вигляді інвалідності та смерті покладається на Державний експертний центр при МОЗ, виплати також здійснює МОЗ, що свідчить про явний конфлікт інтересів;

5) Презумування безпечності вакцин, в т. ч. екстрених від COVID-19 (за відсутності всіх клінічних випробовувань), що передбачає необхідність доведення пацієнтами зв'язку між побічним ефектом та вакциною в кожному конкретному випадку при обов'язковості їх проведення;

6) Дані про побічні ефекти вакцин реєструються компаніями-виробниками лише під час проведення їх клінічних випробовувань;

7) Законодавство взагалі не передбачає можливості відшкодування наслідків відтермінованих побічних ефектів від вакцинування, як приклад тромбування після вакцин від COVID-19 (спостереження проводиться лише протягом 30 днів після вакцинування);

8) Вакцинування векторними м-РНК вакцинами потенційно може впливати на геном людини та її нащадків.

Постанова Кабінету Міністрів «Деякі питання державної компенсації шкоди, пов'язаної з ускладненнями, що можуть виникнути після вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 31 березня 2021 року № 371 [4] передбачає перелік документів, які особа має подати для отримання компенсації на підставі протоколу розслідування, що надається групою оперативного реагування на несприятливі події після імунізації, яка затверджується структурним підрозділом самого МОЗу. Виплати здійснюються лише у разі настання інвалідності чи смерті. 750-кратний розмір прожиткового мінімуму для працездатних осіб за смерть особи має порівну розподілятися між усіма членами сім'ї, та особами, які перебували на утриманні покійної особи. Проте, не зважаючи на неодноразові повідомлення в ЗМІ про в т. ч. смертельні випадки після вакцинування, поки-що невідомо про виплату вище зазначеної компенсації.

Виплати у випадку настання інвалідності особи здійснюються їм разово (у 400, 350, 300-кратному розмірі прожиткового мінімуму для працездатної особи для 1, 2, 3 групи інвалідності відповідно). Проте, інвалідність першої групи не дає можливості особі здійснювати будь-яку подальшу трудову діяльність, тож разові виплати явно не достатні

в цьому випадку, приміром у разі настання ДТП, винна особа сплачувала б такій особі виплати по інвалідності довічно/протягом їх інвалідності, це ж стосується і виплат по втраті годувальника.

Обов'язкове вакцинування від COVID-19 здорового населення з метою мінімізації ризиків осіб, які мають медичні протипоказання від вакцинації, свідчить про диспаритетність у праві, а саме намагання збереження здоров'я меншості за рахунок порушення прав в т. ч. на життя і здоров'я більшості. Немає сенсу вводити COVID сертифікати та іншим чином нав'язувати людям вакцинацію щодо будь-якої хвороби, смертність за якою сягає в середньому 2 % [5], до того ж за логікою вакцинації, невакциновані особи не можуть заподіяти шкоди щепленим, оскільки це і становить сенс щеплення, принаймні щеплені мали б перенести хворобу у легшій формі, інакше вакцинація втрачає своє функціональне призначення. Законодавство мало б встановити платність медичних послуг при лікуванні від COVID-19 осіб, які відмовились від вакцинування при гарантуванні природного права на особисту недоторканість та права на освіту і працю.

Список використаних джерел:

1. Постанова МОЗ України «Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням» від 04 жовтня 2021 року № 2153. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-zatverdilo-perelik-profesij-dlya-yakih-shcheplennya-proti-covid-19-ye-obovyazkovim#>

2. Календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 595. URL: <https://moz.gov.ua/article/immunization/kalendar-profilaktichnih-sheplen>

3. Закон України «Про внесення змін до статті 9(2) Закону України «Про лікарські засоби» щодо державної реєстрації вакцин або інших медичних імунобіологічних препаратів під зобов'язання» від 27 березня 2021 року № 1353-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1353-20#Text>

4. Постанова Кабінету Міністрів «Деякі питання державної компенсації шкоди, пов'язаної з ускладненнями, що можуть виникнути після вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 31 березня 2021 року № 371. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/deyaki-pitannya-derzhavnoyi-kompensaciyi-shkodi-povyazanoi-z-uskladnenniyami-s310321>

5. Смертність від COVID в Україні одна з найнижчих в Україні – МОЗ.
URL:<https://www.slovoidilo.ua/2020/12/05/novyna/finansy/smertnist-covid-ukrayin-i-odna-najnyzhchyx-yevropi-moz>

Колодяжний М. Г.
к.ю.н., старший науковий співробітник,
завідувач відділу кримінологічних
досліджень НДІ вивчення проблем
злочинності ім. акад. В. В. Сташиса
НАПрН України

СУЧАСНИЙ РІВЕНЬ ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ¹

На теперішній час мають місце такі обставини, що здатні доволі швидко трансформувати соціальні процеси майже до невпізнанності. Йдеться про епідемічну катастрофу сучасності у виді захворювання COVID-19. Останнє віднесено у нашій державі до категорії особливо небезпечних інфекційних хвороб. Разом із тим набули поширення й інші, не менш небезпечні для життя та здоров'я громадян, інфекційні захворювання. Спробуємо надати їх загальний перелік, оцінити їх стан та поширеність в умовах сьогодення.

Анонімне експертне опитування протягом січня-травня 2021 р. 710 працівників, які здійснюють в Україні епідеміологічний нагляд (спостереження), дозволило виділити основні параметри, що мають ураховуватись під час оцінки санітарного й епідемічного благополуччя населення країни. Зокрема, абсолютна більшість (86 %) респондентів вважають, що найбільшу загрозу для громадського здоров'я в Україні наразі представляють саме інфекційні захворювання [1, с. 4–26].

Для уявлення про широку палітру епідемічних загроз у нашій державі скористаємось статистичною інформацією Центру громадського здоров'я МОЗ України (звіт по Формі № 1). Так, цей перелік охоплює аж 47 небезпечних інфекційних захворювань, включаючи холеру, черевний тиф, туберкульоз, дифтерію, кір, вірусний гепатит, малярію тощо [2]. У цілому динаміка перелічених та інших захворювань у 2017–2021 рр. тяжіє до зменшення.

¹ *Примітка.* Тези наукового повідомлення підготовлено на виконання проекту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстраційний номер 2020.01/0155), поданого на конкурс «Наука для безпеки людини та суспільства» Національного фонду досліджень України.

З 2019 р. ця форма звіту перестала включати одне із найбільш небезпечних інфекційних захворювань, яким є туберкульоз органів дихання. За даними ВООЗ, Україна входить до двадцятки країн із найвищим тягарем лікарсько-стійкого туберкульозу. Останні тенденції із цим захворюванням станом на початок 2020 р. показують таке: на обліку в протитуберкульозних закладах України перебувало 29,1 тис. осіб; госпіталізовано 17,4 тис. громадян; померло 1 429 хворих на туберкульоз [3]. Однак ці показники є значно меншими порівняно із 2015 р. Тобто ситуація щодо захворюваності та смертності від туберкульозу у нашій державі, без перебільшення, поступово стабілізується.

Разом із тим вище наведена далеко не повна картина щодо сучасної санітарно-епідемічної ситуації в Україні, оскільки вона не включає найбільший інфекційний виклик у виді пандемії COVID-19. Згідно із даними МОЗ України (станом на 24 вересня 2021 р.) в Україні офіційно захворіло на коронавірусну хворобу понад 2,3 млн громадян, з них понад 55,4 тис. громадян, на жаль, померло. Регіонами, де зафіксовано найбільшу кількість випадків захворювання на COVID-19, є м. Київ, Харківська, Одеська, Львівська та Дніпропетровська області. Найменша чисельність хворих зареєстровано у Кіровоградській, Луганській, Херсонській, Чернігівській та Закарпатській областях [4].

Відстоюється позиція, що анонсовані дані про рівень захворюваності на COVID-19 й на інші хвороби інфекційної етіології є лише приблизними. Цьому сприяє ціла низка різних об'єктивних та суб'єктивних обставин, як-то: самолікування громадян; ігнорування ними хворобливого стану; непрофесіоналізм лікарів; службові зловживання у системі охорони здоров'я, спрямовані на штучне покращення рівня захворюваності на окремі хвороби та ін.

Відомості щодо смертності - невід'ємний індикатор, що характеризує санітарно-епідемічну ситуацію у нашій країні, а також рівень епідемічного благополуччя населення. Аналіз інформації Державної служби статистики України дає підстави стверджувати про таке. Загальний рівень смертності в Україні у січні-травні 2021 р. порівняно з аналогічним періодом попереднього року збільшився аж на 20 %. При цьому за досліджуваний час спостерігається, окрім іншого, збільшення за такими класами захворювань (відповідно до МКХ-10): хвороби крові й крово-творних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму -

на 12,3 %; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин - на 2,9%; хвороби системи кровообігу – на 13% та ін.

Окремої уваги заслуговує показник смертності від хвороб органів дихання. Він за розглядуваний період часу зріс на 206,9 % (!). При чому від грипу та пневмонії за аналогічний період збільшення смертності сягає 305,7 %. Є думка, що цей показник більше, ніж опосередковано, можна пов'язувати зі смертністю від коронавірусної хвороби.

Щодо безпосередньо пандемії COVID-19, то смертність від неї при ідентифікованому вірусі у січні-травні 2021 р. порівняно із таким самим терміном попереднього року зросла аж у 52 рази. Це можна пояснити значним поширенням цієї хвороби в Україні, починаючи із другої половини 2020 р.

Ранжування причин смертності в Україні демонструє, що найчастіше громадяни помирають від:

- а) хвороб системи кровообігу, включаючи ішемічну хворобу серця;
- б) коронавірусу;
- в) злоякісних новоутворень.

Виходить, що протягом 2020-2021 рр. пандемія COVID-19 істотно вплинула на зміну структури причин смертності українців, обіймаючи в ній другу позицію. Серед інфекційних та паразитарних захворювань можна також виділити туберкульоз й ВІЛ, які є причиною смерті понад 2 тис. громадян [5].

Отже, на сьогодні санітарно-епідемічна ситуація в Україні може бути охарактеризована як неблагополучна, а у деяких періодах (особливо у 2020 р.) навіть як надзвичайна. Хоча *de jure* режим надзвичайної ситуації діє в Україні з 25 березня 2020 р. по теперішній час. Це вказує на незадовільний рівень санітарно-епідемічного благополуччя населення у нашій державі, що виражається у: незадовільному стані здоров'я значної частини населення держави; несприятливому епідемічному середовищі життєдіяльності громадян України; високому рівні захворюваності на окремі інфекційні хвороби, особливо COVID-19, тощо.

Список використаних джерел:

1. Звіт про результати анкетування щодо наслідків пандемії COVID-19 та шляхів їх усунення. Харків: Наук.-досл. ін-т вивч. пробл. злоч. ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України, 2021. 93 с.

2. Інфекційна захворюваність населення України / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/infekciyna-zakhvoryuvanist-naselennya-ukraini>.

3. Туберкульоз в Україні: скільки осіб захворіли та померли за 6 років. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2021/06/08/infografika/suspilstvo/tuberkuloz-ukrayini-skilky-osib-zaxvorily-ta-pomerly-6-rokiv>.

4. Оперативна інформація про поширення та профілактику COVID-19. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/operativna-informacija-pro-poshirennja-koronavirusnoi-infekcii-2019-cov19>.

5. Державна служба статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/ds/krops/krops_u/arh_krops2020_u.html.

Кришевич О. В.

*к.ю.н., професор, професор кафедри
кримінального права Національної
академії внутрішніх справ*

ЗЛОЧИНИ ЩОДО ДТЕЙ: АКЦЕНТ НА СУРРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО

Сурогатне материнство – це методика лікування безпліддя, вид допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ), у разі застосування якогось жінка (сурогатна матір) добровільно погоджується завагітніти з метою виносити й народити біологічно чужу їй дитину, яку потім передадуть на виховання іншим особам (генетичним батькам), та з якою сурогатна матір більше не буде пов’язана ні правами, ні обов’язками. Сурогатне материнство – це одна з репродуктивних технологій, за якою здорова жінка на основі угоди (договору) після штучного запліднення виношує та народжує дитину для іншої сім’ї. Нині 14 країн у світі, зокрема, і Україна, мають дозвіл на комерційне сурогатне материнство. Зокрема, у Франції, Німеччині, Італії, Іспанії, Португалії, Болгарії, Швеції використання будь-яких форм сурогатного материнства заборонене. У Бельгії, Фінляндії, Ірландії народження дитини за допомогою програм сурогатного материнства законом ніяк не регламентується. В Австралії, Великобританії, Данії, Ізраїлі, Канаді, Нідерландах, окремих штатах Америки дозволено застосування лише некомерційного сурогатного материнства, тобто сурогатна мати не отримує за свої послуги винагороди, принаймні офіційної, нотаріально оформленої в угоді. Для країн, які забороняють сурогатне материнство, виникає проблема, яким чином запобігти використанню їх громадянами можливості вирішити проблему безпліддя забороненим способом, у тому числі шляхом виїзду з цією метою за межі країни громадянства. Найбільш дієвим методом вважається встановлення кримінального покарання. Наприклад, французький законодавець спробував вирішити цю проблему шляхом кваліфікації сурогатного материнства як створення загрози для правового статусу дитини. Воно фактично прирівнюється до відмови від дитини, що за ст. 227–13 Карного кодексу *Франції* (далі – ККФ) є деліктом і карається позбавленням волі до трьох років і штрафом до 45 000 €. Також відповідно до ст. 227–12 ККФ підбурювання батьків або одного з батьків до відмови від уже народженої дитини чи дитини,

що має народитися, карається позбавленням волі на строк до шести місяців та штрафом до 7 000 €. Крім того, посередництво щодо сурогатного материнства також карається штрафом та позбавленням волі. Натомість у *Німеччині* кримінальний кодекс передусім не бачить правопорушника в сурогатній матері чи потенційних батьках, що хочуть скористатися її послугами, а визнає правопорушенням саме медичне втручання щодо імплантації ембріона в організм сурогатної матері. Такий самий підхід використовує також Іспанія. Те ж саме можна сказати і про Францію, хоч підстави неефективності є інші. Отже, не підлягають покаранню ті громадяни Франції, які укладають договори про сурогатне материнство у тих країнах, де це дозволено, зокрема й в Україні. Тому, виходячи з юридичної неспроможності цих каральних норм, основна санкція в приватноправовій сфері фактично полягає в *нікчемності договору про сурогатне материнство*. В Україні кримінальна відповідальність з боку батьків може настати лише у разі, якщо вони спробують перевезти її незаконно через кордон – аж до застосування статті про торгівлю людьми. Особливо вразливим залишається питання механізмів захисту прав дитини генетичних батьків, країна походження яких забороняє сурогатне материнство і не визнає таких дітей. Фактично програма сурогатного материнства справді є не чим іншим, як торгівлею, бо сурогатна мама за гроші продає дитину, ембріон якої їй перенесли лікарі, майбутнім батькам, яких їй підшукали посередники. Правоохоронці реєструють подібні повідомлення за попередньою кваліфікацією «торгівля людьми». Але в дійсності це верхівка проблеми, оскільки це і виявлення фактів підроблення документів та зловживання (перевищення) службовим становищем працівниками відділів реєстрації актів цивільного стану. До того ж об'єктом договору, який укладається між сурогатною матір'ю і майбутніми батьками, є не дитина, а послуга виношування дитини, тобто тривалий процес. У Кримінальному кодексі об'єктивна сторона торгівлі людьми має обов'язкову характеристику злочинних дій – мета, що визначається як подальша експлуатація людини. У контексті сурогатного материнства можлива експлуатація або матері, або дитини. Сурогатна мама не може бути об'єктом даного злочину, бо є свідомим учасником договору про виношування дитини, робить це добровільно і за окрему винагороду. До того ж сурогатна мама виношує дитину, яка генетично їй не належить, а тому від самого початку вона не має щодо неї жодних материнських прав, які не можуть виникнути й у майбутньому. Таким

чином, торгівля новонародженою дитиною утворює особливо кваліфікований склад такого злочину як торгівля людьми (ч. 3 ст. 149 КК України). До того ж дана частина статті містить вказівку, окрім спеціального потерпілого – малолітньої особи, ще й на спеціальний суб'єкт – батьків. Цей злочин є особливо тяжким та передбачає максимальне покарання у вигляді 15 років позбавлення волі. У кримінальному праві укладання угоди щодо продажу ненародженої дитини зараз або в майбутньому пропонується кваліфікувати як замах на торгівлю людьми. При досягненні згоди продати дитину після пологів ще не існує безпосередньої загрози об'єкту – волі малолітнього. Ця загроза залишається віддаленою та опосередкованою як мінімум до моменту народження дитини. Крім того, *потерпілим у ст. 149 КК є саме людина* а не ембріон чи право на ненароджену людину. Жінка отримує гроші за ще ненароджену дитину, факт отримання грошей оцінюють як початок вчинення продажу, тобто початок виконання об'єктивної сторони торгівлі людьми та кваліфікують вчинене як замах на цей злочин. Адже саме як замах на злочин повинно тоді кваліфікуватися і отримання грошей жінкою за обіцянку завагітніти в майбутньому та передати дитину з метою експлуатації. Більш складною є ситуація, коли вагітна жінка обіцяє передати дитину після народження безплатно. Чи буде мати місце початок виконання об'єктивної сторони за таких умов? Згідно ст. 1 ЗУ «Про протидію торгівлі людьми» торгівля людьми – це здійснення незаконної угоди, а так само передача або одержання людини. І в розумінні норм даного закону укладання будь-якої угоди (навіть усної) буде становити виконання об'єктивної сторони. При такому тлумаченні торгівлі утворюється ситуація, коли начебто об'єктивна сторона почала виконуватися, але при цьому потерпілий відсутній в реальній дійсності (і винні про це знають – фактична помилка відсутня) і загроза об'єкту опосередкована, що не характерно для замаху. В той же час п. а ст.4 Конвенції Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми та п. а ст.3 Додаткового протоколу до Конвенції ООН про боротьбу з транснаціональною організованою злочинністю визначають торгівлю людьми виключно як найм, перевезення, передачу, приховування або одержання осіб. Поняття «угоди» в складі торгівлі людьми в цих міжнародних актах відсутнє. Тому будь-яка домовленість про продаж ненародженої дитини, навіть пов'язана з отриманням коштів майбутньою матір'ю, має бути оцінена як доказ факту змови на вчинення такого злочину, і в цілому має бути визнана створенням умов для вчинення торгівлі

людьми, яка відбудеться після народження дитини. А отже буде мати місце готування до злочину. Про замах на злочин можливо буде говорити тоді, коли дитина вже народиться і у матері з'явиться можливість встановити над нею контроль, наявність якого обов'язкова для суб'єкту торгівлі людьми. *Слід підкреслити, що сурогатна матір не може одночасно бути і гестаційною, і гендерною сурогатною матір'ю (віддати свою яйцеклітину і виношувати дитину), бо це вже буде продаж власної дитини, що карається кримінальним законодавством.*

Список використаних джерел:

1. Декларація прав дитини (ООН, 1959 р.) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_384.
2. Конвенція про права дитини, прийнята резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20.11.1989 р. Збірник міжнародних договорів СРСР, випуск XLV1, 1993.
3. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III, редакція від 11.01.2019. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.
4. Цивільний кодекс України від 01.01.2004 № 435-IV, редакція від 04.02.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/435-15>.
5. Про охорону дитинства: Закон України від 26.04.2001 р. № 2402, редакція від 01.01.19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>.

Михайліченко Т. О.

к. ю. н., доцентка, старший науковий співробітник НДІ вивчення проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України

ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОШИРЕННЯМ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ¹

Для медичних та фармацевтичних працівників поширення коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 стало справжнім викликом, створило низку складнощів та дилем, адже саме від їх дій залежало та залежить життя та здоров'я людей. Всі ці складнощі можна нині перелічити та виявити як вони можуть вплинути на появу медичних помилок під час надання медичної допомоги хворим.

1. Саме під час пандемії COVID-19 лабораторна *діагностика* набула особливого значення, оскільки саме ПЛР-тест став «золотим стандартом» виявлення вірусу SARS-CoV-2. Однак, в ЗМІ часто можна зустріти інформацію, про помилковість результатів тестування [1; 2; 3]. При цьому це може бути як наслідком дій медичного працівника, так і самого хворого. На результати тестування можуть вплинути, приміром, некоректне взяття та транспортування зразка (на преаналітичному етапі), або ж помилки на етапі виділення нуклеїнових кислот, якість тест-систем чи навіть контамінація (змішування) тощо [4]. Також на результат тестування може вплинути й недотримання рекомендацій хворим, які висуваються для правильного відібрання зразків. Зокрема, Центр громадського здоров'я МОЗ України розробив низку правил (рекомендацій), яких варто дотримуватися хворому [5].

2. Самостійним та серйозним викликом стало відсутність протоколу лікування на початку пандемії, а в подальшому – надзвичайно швидке його змінення. Нині чинним є клінічний протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвер-

¹ *Примітка.* Робота виконана в межах НДР «Національна безпека у сфері громадського здоров'я: правові засоби захисту від загроз» (державний реєстраційний номер: 0120U105608).

джений наказом МОЗ України від 02.04.2020 №762. Тобто з часу його затвердження пройшло лише півтора року, однак вже 9 разів до нього вносили зміни! Останні 20.09.2021 р. Як в такій ситуації оцінювати дії медичних працівників на відповідність протоколу лікування?

3. Ще одним викликом для сфери охорони здоров'я, як видається, є телемедицина. Відповідно до ст. 35–6 Основи законодавства України про охорону здоров'я медична допомога із застосуванням телемедицини передбачає можливість надання пацієнту медичних послуг з консультування, діагностики, лікування із використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну інформацією в електронній формі, у т. ч. шляхом передачі електронних повідомлень, проведення відеоконференцій. З одного боку, в умовах пандемії вона стала тією рятівною соломинкою, яка дозволяє все ж надавати у складних випадках кваліфіковану медичну допомогу чи випадках, де лікар не має достатнього досвіду, провести оперативне втручання та звернутися за допомогою до більш досвідчених колег, що може знизити ризик допущення медичної помилки. Саме на це вказують найчастіше. У публікаціях ми зустріли виключно позитивні очікування від використання телемедицини (приміром, Оксак Г. А. «Телемедицина як форма якісного надання медичних послуг» [6; 7]). Примітним є й те, як відмічається в публікаціях, одним із найбільш зростаючих напрямів healthy-бізнесу є саме телемедицина: у перспективі вона може поліпшити та стандартизувати якість медичної допомоги. Аналітики оцінюють темпи зростання телемедичних сервісів на рівні 18–20 % щорік протягом наступних п'яти років. За результатами досліджень американських компаній, глобальний ринок телемедицини у 2019 році складав \$40 млрд. І це дані, відомі до початку пандемії. Лідер телемедичного сервісу у США компанія «Teladoc» у 2018 році заробила близько \$1 млрд. І ще на той час за оцінками маркетологів це був лише 1 % можливостей [7].

Однак, не варто забувати й про існуючі ризики. Зокрема, відсутність реальних механізмів дистанційної діагностики та лікування, неврахування індивідуальних властивостей організму людини тощо.

Окремо, варто звернути увагу на те, що у частинах 3 та 4 ст. 35–6 Основи законодавства України про охорону здоров'я відмічається, що надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини забезпечують заклади охорони здоров'я або фізичні особи-підприємці, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. Надання

медичної допомоги із застосуванням телемедицини здійснюється шляхом телемедичного консультування, телемедичного консилиуму, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій. При цьому постає питання: хто відповідальний за те, щоб канал зв'язку був належним чином захищений, а інформація про хворого не була викрадена в результаті несанкціонованого втручання? Як свідчать дані з відкритих джерел, зараз в Україні діють телемедична платформа Telemed24 на базі РІМС «Медстар», модуль телемедицини в МІС «Поліклініка без черг», додаток Doctor Online, телемедична мережа Medinet. Хоча можуть використовуватися й безкоштовні версії програм Zoom, Microsoft Teams Meeting та ін., які володіють достатньо низьким рівнем захисту. Тож питання стосовно захисту персональних даних в будь-яку хвилину може постати достатньо гостро.

4. Вибачальні та невибачальні помилки.

Якщо із невибачальними помилками в цілому українському правозастосовцю розібратися звичніше, а отже, і певною мірою простіше, то пандемія загострила питання про правову оцінку вибачальних помилок. Щоб наголосити на важливості розмежування цих помилок при оцінці дій лікарів, Сейм Польщі прийняв закон, яким скасував кримінальну відповідальність для лікарів, які допустять ненавмисну помилку при лікуванні пацієнтів з COVID-19 [8]. А що ж робити українським правникам, адже в нас такого закону не видавали? Видається, що в цій ситуації слід говорити про обставини, що виключають кримінальну протиправність діянь, а саме про діяння, пов'язане з ризиком, так званий виправданий ризик (ст. 42 КК України) або про крайню необхідність (ст. 39 КК України), а інколи й казус [9, с. 879–880]. Так, діяння, пов'язане з ризиком в медичній практиці, буде правомірним якщо: а) шкода здоров'ю спричинена для досягнення соціально корисної мети; б) неможливо було досягти цієї мети не ризикованими діяннями; в) медичний (-и) працівник (-и) вжили всіх запобіжних заходів щодо запобігання шкоди пацієнтові. При цьому ризик спрямований на розвиток медичної науки або на рятування життя і здоров'я людини.

Відносно крайньої необхідності, то найчастіше вона виникає при наданні екстреної медичної допомоги, адже в такій ситуації дії медичного працівника спрямовані на усунення небезпеки, яка безпосередньо загрожує людині. Для того, щоб в таких випадках виключити кримінальну відповідальність медичного працівника, слід щоб: а) була наявна реальна

небезпека, що безпосередньо і негайно загрожує життю та/або здоров'ю пацієнта; б) неможливо було усунути цю небезпеку іншим шляхом, крім заподіяння шкоди зазначеним інтересам. Приміром, проведення конікотомії, трахеотомії або інтубації.

Окремо варто пам'ятати й про необхідність виключення казусу («випадку»), коли негативні наслідки для пацієнта перебувають у причинному зв'язку з діями медичного працівника, однак останній не тільки не передбачав можливості їх настання, а й не міг їх передбачити. Найчастіше в медичній практиці це може бути пов'язано з атипичним протіканням хвороби, яке пов'язане з індивідуальними властивостями організму пацієнта, нетипова анатомічна будова або вроджена аномалія, алергічні реакції тощо.

Отже, поширення коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 призвело до появи нових та розвитку існуючих ризиків при роботі медичних працівників, що може стати причиною допущення медичних помилок. Для юристів же це означає проблеми в правовій оцінці наслідків такої діяльності.

Список використаних джерел:

1. Івасюк П. Негативні замість позитивних: британська лабораторія надала 43 тисячі помилкових ПЦР-результатів. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/news/1948316-negativni-zamist-pozitivnikh-britanska-laboratoriya-nadala-43-tisyachi-pomilkovikh-ptsr-rezultativ>. (дата звернення: 03.10.2021).

2. Івасюк П. ПЛР-тестування на коронавірус не завжди точно показує інфікування на COVID-19 – лікар-пульмонолог. 22.09.2021. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/news/1945231-plr-testuvannya-na-koronavirus-ne-zavzhdi-tochno-pokazuje-infikuvannya-na-covid-19-likar-pulmonolog>. (дата звернення: 03.10.2021).

3. Ситнік О. Як безкоштовно зробити тест та вилікувати COVID-19. Інтерв'ю головного санітарного лікаря Віктора Ляшка. 08.10.2020. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/10/8/242598/> (дата звернення: 03.10.2021).

4. Як пандемія COVID-19 стимулює впровадження нових медичних технологій. Українська правда. 24.12.2020. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/12/24/243455/> (дата звернення: 03.10.2021).

5. Як підготуватися до ПЛР-тесту. 06.08.2020. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/yak-pidgotuvatisya-do-plr-testu> (дата звернення: 03.10.2021).

6. Оксак Г. А. Телемедицина як форма якісного надання медичних послуг. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. №2 (80). 115–119.

7. Що означає це поняття – «Телемедицина», як вона працює у світі та в Україні, які нові можливості відкриває лікарям? MEDINET – телемедична мережа України. URL: <https://medinet.com.ua/telemedytsyna-y-sviti> (дата звернення: 04.10.2021).

8. У Польщі скасували кримінальну відповідальність для лікарів при лікуванні COVID-19. 23 жовтня 2020. Korrespondent.net. URL: <https://ua.korrespondent.net/world/4287374-u-polschi-skasuvaly-kryminalnu-vidpovidalnist-dlia-likariv-pry-likuvanni-COVID-19> (дата звернення: 04.10.2021).

9. Gornostay A., Ivantsova A., Mykhailichenko T. Medical Error and Liability for it in some Post-Soviet Countries (Belarus, Kazakhstan, Moldova, Ukraine). *Wiadomości Lekarskie*. 2019, tom LXXII, № 5, cz I:877–882. URL: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/01/WL-5-cz-II-2019.pdf> (дата звернення: 04.10.2021).

Савчин М. В.

*д.ю.н., професор, Ужгородський
національний університет, Український
вільний університет, Мюнхен, ФРН,
радник Голови Конституційного Суду
України (2008-2010)*

СТРУКТУРА ПРАВА НА МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: СУЧАСНІ ТРЕНДИ У СВІТЛІ ВИКЛИКІВ

Як комбінується реалізація прав із сучасними технологія, видно на прикладі, наведеному зліва, правда, в аспекті реалізації права на неформальну освіту, вираженого у тексті моєї доньки Амелії, коли вона мене попросила написати текст на свій вільний розсуд. Йде мова про технічний прогрес, який є одним із ключових чинників виникнення концепту прав людини, а також розвитку соціальної інфраструктури, що має також вирішальне значення для розуміння структури права на медичне забезпечення.

Зводити конституційні гарантії права на медичне забезпечення до текстуального оформлення неправильно навіть з погляду техніки тлумачення права. *Sui generis* медичне забезпечення пов'язано із правом на життя, а тому тут (1) визначення структури цього права пов'язане із (2) викликами розвитку сучасного права у сфері прав людини та (3) наявними рішеннями щодо інституційного наповнення цих гарантій. У цьому короткому есе будуть оглянуті ці три проблематики у світлі людської гідності, приватної автономії та цілісності індивіда.

1. Конституційна семантика: структура права на медичне забезпечення.

Речення друге статті 27 (2) Конституції щодо обов'язку захищати життя людини у медичній сфері конкретизується через тріаду статті 49, яка включає право на (i) охорону здоров'я, (ii) медичну допомогу і (iii) медичне обслуговування. Згідно із засадою цілісного тлумачення права гарантоване статтею 49 Конституції суб'єктивне публічне право насправді слід розглядати у комплексі як право на життя (стаття 27), з якого кореспондуються низка обов'язків держави. До негативних обов'язків держави належить заборона свавільного позбавлення життя. До позитивних обов'язків держави належить: здійснювати ефективне розслідування

у випадку заповідання смерті; захищати осіб від самоскалічення; захист осіб від екологічних і техногенних катастроф; захищати осіб у сфері охорони здоров'я; захист осіб у разі нещасних випадків; забезпечення медичного страхування, які охоплюються за змістом приписами статті 49 Конституції.

Принцип соціальної державності накладає певні обов'язки на органи публічної влади та державних агентів (незалежних регуляторів) при здійсненні певних заходів щодо забезпечення доступу до медичного забезпечення. У доктрині прийнято вважати, що можливі три альтернативні стратегії щодо обґрунтування соціальних прав, які впливають на сучасний розвиток доктрини пов'язаних із ними позитивних обов'язків держави. По-перше, згідно із класичною ліберальною позицією обстоюється ідея рівності прав кожної людини на свободу, що необхідно для уможливлення політичної автономії та рівні шанси кожного користуватися свободами. По-друге, об'єктом рівної поваги виступає рівне право кожної людини задовольнити власні базові потреби, тобто забезпечити базовий антропологічний рівень потреб. По-третє, згідно із засадами рівного розподілу принцип рівної поваги слід розуміти як вимогу політичної справедливості щодо врахування рівного права кожного на справедливую частку при розподілі всіх благ [1]. Це вказує на залежність надання певних соціальних послуг у вигляді певного медичного забезпечення від стану публічних фінансів.

Право на медичне забезпечення передбачає вжиття державою заходів, спрямованих на: а) підтримання функціонування мережі лікувальних закладів, що знаходяться як у публічній, так і приватній власності; б) підтримання загальної системи оздоровлення, профілактики захворювання, фізкультури і спорту; в) підтримання системи медичного страхування на шляхом поєднання загальнообов'язкового і добровільного страхування; г) надання медичної допомоги у державних і муніципальних медичних закладах на безоплатній основі; д) медична охорона материнства і дитинства.

До позитивних обов'язків держави щодо забезпечення права на медичне забезпечення у силу положень статті 49 Конституції належить створення ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, а також системи медичного страхування, яке має бути багаторівневим. Крім того, Конституцією передбачається вимога надання безоплатної ме-

дичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я і встановлюється заборона скорочення наявної системи таких закладів.

При розкритті поняття мережі медичних закладів слід користуватися не лише абсолютними параметрами, а також якісними, які визначають доступність, своєчасність та кваліфіковане медичне забезпечення з боку медичних закладів. Вочевидь, багато цих проблем можна вирішити під час процесів децентралізації влади та об'єднання територіальних громад, а також подальшого впровадження реформи медичного забезпечення.

2. Виклики. Щоб говорити про виклики спочатку окреслю появу модерного розуміння прав людини. Така поява пояснюється декількома чинниками, які саме зійшлися в країнах Заходу, а з певних причин не могли виникнути у країнах Азії чи Африки. Цьому, правда, передувала доволі дивна зустріч європейських колонізаторів в особі загону іспанських конкістадорів на чолі із Кортесом. Цей загін чисельністю всього у 300 чоловік зміг у силу технологічної переваги, мистецтва дипломатії та збігу обставин, пов'язаних із епідемією віспи, здолати опір ацтекської цивілізації, прикметної веденням частих воєн, метою яких було захоплення у полон людей задля проведення жорстоких ритуальних вбивств.

Християнська етика з її трактуванням людини як вінця Божого творіння стала в основі розуміння індивідуальності та того явища, що йменується в англійській літературі *individual integrity*. Різні моделі людської солідарності, на основі якої будуються спільноти, а потім громадянське суспільство, передбачають самовизначення індивіда та повагу його вибору. Однак істотним чинником становлення ідеї прав людини став технічний прогрес та інновації, які призвели до порівняно різкого зростання добробуту населення. Знаменником цього стали релігійні війни, в основі яких були питання ідентичності, та війна за незалежність Нижніх Провінцій (Нідерландів), де вже століттями склався високотехнологічний на той час економічний уклад. Вестфальський мир, складовою якого було і визнання незалежності Нідерландів від Іспанії, сформував концепт національної держави, яка, зокрема, покликана захищати рівний масштаб свободи та доступу до суспільних благ індивідів, що лежить в основі сучасного розуміння прав людини.

Підвищення рівня добробуту дало змогу поступово розвивати соціальну інфраструктуру, зокрема системи освіти, соціального захисту і охорони здоров'я. На сьогодні під поняттям охорона здоров'я маються на увазі насамперед певні інституційні компоненти медичного забезпечення,

які полягають у (а) попередженні захворювань та подовженні тривалості людського життя, (б) відповідної діяльності органів публічної влади, державних, комунальних та приватних медичних закладів, громадських об'єднань і приватних осіб. Стаття 49 (2) Конституції України вказує, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Таким чином, на органах державної влади лежить обов'язок розробляти, приймати та втілювати в життя відповідні програми, спрямовані на медичне забезпечення кожного.

Натомість сучасними викликами для подальшого поступу системи медичного забезпечення є використання високих технологій, пов'язаних із нейробиологією, генною інженерією та дилемою суперлюдини і доступу до медичних послуг. Насправді, ці питання вирішуються через алокацію ресурсів та масштабування застосування інновацій у медичній сфері задля забезпечення їх доступності. Однак незмінними залишаються питання *individual integrity*, засад вільної та поінформованої згоди пацієнта, а також забезпечення людської гідності.

3. Тренди. Оскільки дискурс про права людини виник завдяки технічному прогресу та національній державності, то подальші трансформації тут виглядають доволі логічно і це вже стверджується наявними фактами. Наприклад, у нейробиології неодноразово виникають ситуації із необхідністю проведення операцій на мозку після перенесеного інсульту з метою забезпечення можливості керування штучно створеної кінцівки чи використання у майбутньому екзоскелета для такої людини. Іншим прикладом є пандемія коронавірусу, коли втрачається сенс у захисті авторським правом патентів вакцин, оскільки стоїть елементарне питання наявності достатніх ресурсів для розробки вакцини у достатній кількості.

Однак тут більш складна інша проблема – підзвітність і підконтрольність над медичними дослідженнями задля дотримання вимог біоетики. Наскільки ця проблема стала гострою засвідчує навіть факт розслідування ЦРУ обставин зародження пандемії коронавірусу, щодо обставин якої існують версії щодо природне та штучне походження цього вірусу [2]. Але мене не цікавлять різного роду теорії змови, оскільки одним із основних функціоналів медичних лабораторій є маніпуляції із різного роду вірусами з метою передбачення особливостей їх поширення та вироблення вакцин з метою посилення спротиву людського організму інфекції. Тому на порядок денний виходить дотримання відповідних медичних процедур

та врегульованих законодавством правил поведження із препаратами, устаткуваннями та носіями вірусів чи вакцин, умов їх збереження тощо.

Звідси виникає питання про подальші тренди формування відповідних інституцій, які би забезпечили високі біоетичні стандарти впровадження медичних інновацій, зокрема пов'язаних із організмами з наперед заданими можливостями, використання здобутків у сфері генної інженерії чи нейробіології, розширення мережі медичних закладів та сервісів на засадах доступності і якості. Прикладом цього є дискусія навколо природи евтаназії – чи її слід її розглядати у контексті права особи на гідну смерть або вільного розпорядження власним тілом, чи вона зачіпає екзистенційні моменти людського життя, які самі по собі не підлягають вирішенню людиною чи людською спільнотою. Як на мене, вона вирішується не у плані можливості гідного завершити життя, а саме у площині сенсу людського життя у всіх його проявах з точки зору людської гідності – місії людини серед людства, Всесвіті загалом.

Питання полягає у тому, наскільки людство використовує свої шанси щодо суспільних трансформацій, які мають значення для сучасного розуміння прав людини та подальшого ходу їх еволюції. Все лежить у площині тлумачення людської гідності, тобто можливості людини самовиражатися та вільно розвиватися у суспільстві. Якщо це екстраполювати у контексті сенсу людського життя як відчуття самодостатності і розуміння власної місії людини, то слід тут брати до уваги досягнення сучасної науки. Власне кажучи, поступ суспільства, як свідчить емпіричний досвід, йде у сторону розвитку людської індивідуальності.

Наведений на початку цього есе приклад використання технічних можливостей для набуття компетентностей із застосуванням інформаційних технологій вимагає розвиток когнітивних навичок щодо порівняння певних явищ, їх осмислення та визначення цілісної картини світу. Так само використання штучного інтелекту тепер використовується для розширення можливостей людини. Якщо це екстраполювати на медичне забезпечення, то правове регулювання тут також має бути збалансованим: з точки зору людської гідності технічні здобутки слід розглядати у контексті поновлення властивостей людського організму, втрачених внаслідок травми, каліцтва, хронічної хвороби чи генних мутацій. Якщо говорити про генну інженерію, то її застосування буде мати належну легітимацію з метою мінімізації ризиків, пов'язаних із спадковими хворобами та мутаціями в організмі. Нейробіологічні дослідження можуть

стати в нагоді для подолання пограничних станів у зв'язку із втратою рухливості частин тіла чи стану паралічу, а також мобілізації можливостей людського мозку задля розвитку індивіда та суспільного блага. Так само має місце із поєднанням досягнень у сфері генної інженерії та нейробіології задля подовження людського життя [3], оскільки такий проєкт має мати певну мету з огляду на приватну автономію та людську гідність. Якщо йде мова про репродуктивну медицину, то тут слід робити акцент на питаннях забезпечення *individual integrity*, у цьому контексті клонування чи подібного роду технології атакують цілісність індивіда, оскільки наразі немає технологій, які можуть зробити копію людини із притаманним їй життєвим досвідом, і такі припущення з огляду на *individual integrity* є екстравагантними і позбавленими сенсу.

Людство на порозі трансформації, яка впливає на сучасне трактування прав людини. Права людини вникають завдяки накопичення критичної маси технічних винаходів, що лягло в основу технічної революції та зростання рівню добробуту населення. Так і сьогоднішні досягнення у сфері генної інженерії, нейробіології, репродуктивних технологій та штучного інтелекту вносять нові грані у розуміння прав людини. Однак незмінним залишаються основоположні цінності – людська гідність, приватність та цілісність індивіда – вони є основним критерієм у застосуванні новітніх технологій для просування сучасної системи медичного забезпечення.

Список використаних джерел:

1. Госепат Ш. До обґрунтування соціальних прав людини. Київ : Ніка-Центр, 2008. 138с.
2. Ніколас Вейд. Походження COVID: люди чи природа відкрили скриньку Пандори? *Збруч*, 2021, 16 червня. URL: <https://zbruc.eu/node/105731>.
3. Антоніо Регаладо. Ставка Кремнієвої долини на вічне життя. *Збруч*, 2021, 14 вересня. URL: <https://zbruc.eu/node/107532>.

*Нога П. П.
асистент кафедри цивільного,
господарського і фінансового права
Полтавського юридичного інституту
Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого,
молодший науковий співробітник
лабораторії дослідження проблем
національної безпеки в сфері
громадського здоров'я НДІ вивчення
проблем злочинності ім. акад.
В. В. Сташиса НАПрН України*

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ВАКЦИН ПРОТИ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ХВОРОБИ COVID-19

Глобальні наслідки пандемії COVID-19 викликали безпрецедентне зростання інтересу до вакцин з боку громадськості. Інтерес викликає, зокрема, розробка вакцин, порядок контролю їх якості та моніторингу їх безпеки. Ці питання часто висвітлюються засобами масової інформації та у соціальних мережах. Деякі люди, дізнавшись про побічні прояви (побічні ефекти) вакцинації, інформацію, про фальсифікацію вакцин проти COVID-19 [1; 2], починають побоюватися щеплення, відкладають імунізацію і навіть виражають різко негативне ставлення до вакцинації. Крім того, не всі люди однаково довіряють національній системі контролю якості вакцин. Роз'яснювальна робота про важливість вакцинопрофілактики COVID-19 ускладнюється ще й тим, що молодші люди, як правило, меншою мірою відчувають на собі клінічні прояви COVID-19 і продовжують скептично ставитися до корисності щеплення. У зв'язку з цим актуалізується питання дослідження національної системи контролю якості вакцин та поширення інформації про неї та її ефективність, що допомагає людям зробити вибір на користь вакцинації.

Під час глобальних надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я для прискореного отримання дозволу на екстрене застосування вакцини може застосовуватися процедура включення до реєстру лікарських засобів, що діє на рівні ВООЗ, рекомендованих для використання у над-

звичайних ситуаціях (EUL). В умовах пандемії продукцію, яка може принести життєво важливу користь людям у всьому світі, не вдається досить швидко вивести на ринок для масового застосування. EUL покликає допомогти у вирішенні цієї проблеми: він забезпечує прискорений, але при цьому суворий і діючий на тимчасовій основі процес, призначений для того, щоб у найкоротші терміни забезпечити ефективними препаратами всіх, хто їх потребує. Процес базується на оцінці співвідношення ризиків та вигод (наприклад, прийнятність вакцини визначається такими показниками: захворювання, для лікування якого призначений продукт, є серйозним або є безпосередньо загрозливим для життя, може викликати епідемію або пандемію, існуючі лікарські засоби не допомогли, продукт виробляється відповідно до чинної GMP, QMS, заявник зобов'язується завершити валідацію та верифікацію продукту та подати заявку на попередню кваліфікацію ВООЗ після отримання ліцензії на продукт).

В Україні заявки на реєстрацію вакцин проти COVID-19 надійшли до Державного експертного центру МОЗ України вже по новій процедурі – під зобов'язання для екстреного застосування. Вперше були проведені необхідні експертизи відповідно до нової Постанови КМУ № 95 від 08.02.2021 «Деякі питання державної реєстрації вакцин або інших медичних імунобіологічних препаратів для специфічної профілактики гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, під зобов'язання для екстреного медичного застосування». Так, Державний експертний центр МОЗ України завершив експертизу вакцин проти COVID-19, в свою чергу, після цього МОЗ України зареєстрував вакцини, щоб найближчим часом розпочати їх імпорт та щеплення для профілактики коронавірусної хвороби [3].

Спрощений порядок реєстрації препаратів для специфічної профілактики гострої респіраторної хвороби COVID-19 не означає спрощений порядок контролю за їх обігом на території України.

Так, порядок здійснення контролю за відповідністю імунобіологічних препаратів, що застосовуються в медичній практиці, вимогам державних і міжнародних стандартів, затверджений наказом МОЗ України від 01.10.2014 № 698 «Про затвердження Порядку здійснення контролю за відповідністю імунобіологічних препаратів, що застосовуються в медичній практиці, вимогам державних і міжнародних стандартів». За цим порядком контроль за відповідністю імунобіологічних препаратів,

що застосовуються в медичній практиці, вимогам державних і міжнародних стандартів включає в себе: відбір та проведення лабораторного аналізу зразків серії, експертизи поданої документації та візуального контролю зразків кожної серії [4]. Відповідно до зазначеного Порядку, обов'язковому лабораторному аналізу за показниками специфікації якості методів контролю якості підлягають, зокрема вакцини. Подальший їх обіг залежить від наявності позитивного висновку про відповідність вакцин вимогам державних і міжнародних стандартів.

Виключенням із зазначеного правила є вакцини, що везені в Україну відповідно до Законів України «Про гуманітарну допомогу», «Про благодійну діяльність та благодійні організації» та «Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні», та на МІБП, що пройшли процедуру прекваліфікації ВООЗ здоров'я та закуплені за результатами закупівельної процедури, проведеної спеціалізованою організацією, яка здійснює закупівлі, на виконання угоди щодо закупівлі між МОЗ України та відповідною спеціалізованою організацією, яка здійснює закупівлі. Такі висновки щодо відповідності вимогам державних і міжнародних стандартів (нагадаємо, що будь-яка вакцина проти COVID-19 повинна виготовлятися відповідно до міжнародно визнаних GMP) публікується на сайті Держлікслужби у розділі «Державні реєстри».

Таким чином, не дивлячись на те, що вакцини проти COVID-19 підлягали пришвидшеній державній реєстрації, що зумовлена глобальними наслідками пандемії COVID-19, контроль за якістю останніх має проводитися за загальними правилами.

Подібна практика є виправдано, оскільки вакцини на основі мРНК потребують особливих умов зберігання, транспортування, застосування, які напряму впливають на якість останніх [5]. Так, для підтримки необхідного «холодового ланцюга» вакцини транспортують із використанням спеціального обладнання, яке забезпечує збереження продукції. Щойно вантаж прибуває до країни призначення, вантажівки-рефрижератори перевозять вакцини з аеропорту до холодильної камери складу. Звідти препарати розподіляють по регіональних центрах із застосуванням портативних контейнерів із сухим льодом із подальшим зберіганням у холодильниках. Якщо вакцинація проводиться за межами регіональної установи, то на заключному етапі часто потрібні портативні холододові контейнери для транспортування препаратів до місцевих пунктів.

Список використаних джерел:

1. Medical Product Alert N°3/2021: Falsified CYTOTEC. URL: <https://www.who.int/news/item/10-08-2021-medical-product-alert-n-3-2021>.
2. Falsified COVID-19 Vaccine BNT162b2 identified in the WHO region of the Americas. URL: <https://www.who.int/news/item/26-03-2021-medical-product-alert-n-2-2021-falsified-covid-19-vaccine-bnt162b2>.
3. МОЗ України утилізує 34 тисячі доз вакцини Pfizer. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-utyilizaziya-pfaizera/31484695>
4. Про затвердження Порядку здійснення контролю за відповідністю імунобіологічних препаратів, що застосовуються в медичній практиці, вимогам державних і міжнародних стандартів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.10.2014 № 698. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1356-14#Text>.
5. Деякі питання державної реєстрації вакцин або інших медичних імунобіологічних препаратів для специфічної профілактики гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, під зобов'язання для екстреного медичного застосування: постанова Кабінету Міністрів України від 08.02.2021 № 95. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2021-%D0%BF#Text>.

Пашков В. М.

д.ю.н., професор, головний науковий співробітник лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташица НАПрН України

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦИФРОВОГО МАРКЕТИНГУ В СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Під фармацевтичний маркетингом розуміють діяльність, що спрямована на створення попиту та досягнення цілей фармацевтичного підприємства через максимальне задоволення потреб споживачів у лікарських засобах та виробих медичного призначення. А фактично мова йде про надання послуг по просуванню ліків, у першу чергу саме того виробника, який уклав «маркетингову угоду» з відповідною аптекою.

Сторонами угод з цифрового маркетингу є суб'єкти з дистанційної торгівлі фармацевтичною продукцією (інтернет аптеки, служби доставки, онлайн аптеки) та кінцеві споживачі (пацієнти, приватні медичні заклади). Веб сайти таких суб'єктів можуть знаходитися за національної юрисдикції.

Українська версія фармацевтичного маркетингу сприяє, по-перше, Неналежному виконанню своїх обов'язків фармацевтичним і медичним працівником, що полягає у просуванні певної продукції, іноді небезпечної для здоров'я конкретного пацієнта або яка не має необхідного терапевтичного ефекту і, як наслідок: 1) Отриманню неправомірної вигоди фармацевтичними і медичними працівниками за просування такої продукції; 2) Спричиненню шкоди здоров'ю пацієнта.

По-друге, монополізації аптечної діяльності, що відбувається у прихованих формах і, як наслідок: 1) Значному підвищенню цін на лікарські засоби; 2) Порушенню права пацієнтів на доступні, ефективні лікарські засоби; 3) Фальсифікації фармацевтичної продукції.

Саме тому, ціни на фармацевтичну продукцію в Україні завищені на 40–60 % через використання маркетингових угод і перевищують ціни на аналогічну продукцію окремих країн ЄС (це було також підтверджено

листом АМКУ від № 126–29/01–14481 від 08.11.2019 року на ім'я БФ «Пацієнти України») [1].

Як наслідок для всіх лікарів розроблена схема взаєморозрахунків за рекомендовані для закупівлі пацієнтами фармацевтичної продукції. Великий сегмент ринку роздрібних продаж з аптек, за рекомендацією лікарів (під видом лікарських засобів) є продукція, що не зареєстрована як лікарські засоби (дієтичні добавки, продукти харчування для медичного використання тощо).

Жодна поставка до аптеки фармацевтичної продукції не здійснюється без винагороди суб'єкта аптечної діяльності, підставою якої є маркетингова угода. Внаслідок цього фармацевтичні виробники та імпортери вимушені завищувати собівартість кінцевої продукції [2].

Маркетингові стратегії в аптечній діяльності забезпечуються Через цифровізацію продажів фармацевтичної продукції, включаючи пошукові систем і соціальні мережі. А онлайн торгівля фармацевтичною продукцією здійснюється через інтернет аптеки, а також суб'єктів підприємництва, які себе позиціонують як служба доставки, не уточнюючи продавця такого товару.

Найбільше поширення інтернет аптек відбулося під час пандемії, саме в цей час пацієнти стали займатися самодіагностикою та самолікуванням. Прикладом є використання для самолікування пацієнтами окремих груп препаратів, а саме, підвищений попит, доступність в Інтернеті і доступність для споживачів івермектіна, глистогонного агента, без обґрунтованих показань щодо SARS-CoV-2. В Україні прикладом є масове застосування для лікування COVID 19 препарату «Біовен» виробник ТОВ «Біофарма Плазма», в клінічному протоколі лікування COVID 19 такий препарат відсутній.

І хоча в Україні були внесені зміни до Закону України «Про лікарські засоби» доповнення щодо регламентації дистанційної торгівлі лікарськими засобами, проте, ліцензійні умови здійснення такої діяльності так і не були розроблені.

До особливостей дистанційного продажу фармацевтичної продукції за допомогою цифрового фармацевтичного маркетингу можна віднести: 1) світовий ринок інтернет аптек за інформацією фахівців з кібербезпеки оцінюється приблизно в 81,6 млрд доларів США, і за прогнозами його збільшення може зрости до 2027 року до 244 млрд доларів США; 2) за оцінками фахівців з кібербезпеки 96 % всіх інтернет-аптек у світі пра-

цюють поза рамками правового поля, тобто нелегально; 3) за оцінкою самої ВООЗ, поширеність підроблених ліків через нелегальні інтернет аптеки становить приблизно 50 %; 3) власники веб-сайтів, що торгують фармацевтичною продукцією, часто змінюють свою електронну базу між національними юрисдикціями, при цьому юрисдикція національних регулюючих органів зазвичай припиняється на кордонах їх країн.

Ризики використання цифрового фармацевтичного маркетингу: 1) пацієнти не інформовані про ризики потенційних небезпек, пов'язаних з купівлею ліків через інтернет аптеки і не можуть розрізняти легальні і нелегальні інтернет аптеки; 2) швидке розширення ринку інтернет аптек було в значній мірі неконтрольованим і супроводжувалося серйозними проблемами для громадського здоров'я, такими як безрецептурний відпуск фармацевтичної продукції, яка відпускається тільки за рецептом, а також неадекватне надання інформації пацієнтам; 3) безконтрольний відпуск окремих груп рецептурних препаратів, зокрема антибіотиків провокує формування резистентності (зростанням стійкості) до антибіотиків.

Переваги використання цифрового фармацевтичного маркетингу: 1) конкурентноздатність фармацевтичної продукції, яка реалізується через інтернет аптеки, що пов'язано з низькими експлуатаційними витратами, доходами від реклами, тиском з метою зниження витрат через порівняльних покупок і / або великим обсягом продажів; 2) привабливість для більшості пацієнтів, особливо з обмеженими фізичними можливостями, в тому числі можливість онлайн замовлень на протязі 24 годин, економічна доступність більшості найменувань фармацевтичної продукції та вирішення проблем конфіденційності.

Саме розташування веб сайтів суб'єктів цифрового маркетингу поза межами національної юрисдикції потребує встановлення правових механізмів міжнародного характеру щодо контролю як цифрового маркетингу в цілому так і за його складовою, діяльністю інтернет-аптек.

Список використаних джерел:

1. Nataliya Gutorova, Vitalii Pashkov, Oleksii Soloviov Legal means of ensuring competition in pharmacy. *Wiadomości Lekarskie*. № 12/2. 2020. P. 2701–2708.

2. Пашков В. М. Правова природа договорів керованого доступу (MEAs) та дозволу на маркетинг для екстреного застосування. *Щотижневик АПТЕКА*. 2021. № 24. С. 1–12.

Полховська І. К.

к.ю.н., доцентка, доцентка кафедри конституційного, адміністративного, екологічного та трудового права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

Сидоренко А. С.

к.ю.н., доцентка, доцентка кафедри конституційного, адміністративного, екологічного та трудового права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого старший науковий співробітник лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташица НАПрН України

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ

Загальна декларація прав людини визначає, що при здійсненні своїх прав і свобод кожна людина повинна зазнавати тільки таких обмежень, які встановлені законом виключно з метою забезпечення належного визнання і поваги прав і свобод інших та забезпечення справедливих вимог моралі, громадського порядку і загального добробуту в демократичному суспільстві(ч. 2 ст. 29). Однак пандемія COVID-19 змушує держави вдаватися до безпрецедентних заходів щодо обмеження, а подекуди відвертого порушення прав людини. Як зазначив Генеральний директор ВООЗ Т. Адханом Гебрейесус, ця пандемія виходить далеко за межі кризи системи охорони здоров'я, тому вона вимагає реагування з боку держав і всього суспільства. Відповідно, ця тема є чи не найактуальнішою сьогодні у правовій науці та сфері медицини. Усі намагаються знайти баланс

між необхідними заходами з боку держави в умовах пандемії та правом людини на індивідуальну свободу.

З усіх обмежень, до яких вдавалися уряди під час пандемії, запровадження обов'язкової вакцинації викликало найбільший спротив населення. У ст. 15 Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод зазначено, що під час війни або іншої суспільної небезпеки, яка загрожує життю нації, будь-яка Висока Договірна Сторона може вживати заходів, що відступають від її зобов'язань за цією Конвенцією, виключно в тих межах, яких вимагає гострота становища, і за умови, що такі заходи не суперечать іншим її зобов'язанням згідно з міжнародним правом. Європейський суд з прав людини поки що не напружував практику щодо обмеження прав та свобод в умовах пандемії та карантину, а також з питань обов'язкової вакцинації від COVID-19. Але є ухвалені раніше дотичні позиції. Так, у справі Соломахін проти України (2012 р.) заявник стверджував, що він був підданий примусовій вакцинації без його згоди. Тоді ЄСПЛ вказав, що «примусова вакцинація – як примусове медичне втручання – становить втручання у право на повагу до приватного життя, що включає фізичну та психологічну недоторканість, як це гарантовано частиною першою статті 8». Однак, оскільки заявник не пояснив, що завадило йому відмовитися від вакцинації, у цій справі ЄСПЛ не визнав порушення статті 8 Конвенції.

А вже у рішенні ЄСПЛ від 8 квітня 2021 року «Вавржичка та інші проти Чеської Республіки» (*Vavříčka and Others v. The Czech Republic*) Суд визнав обов'язкову вакцинацію дітей у школах такою, що не порушує право на повагу до приватного життя. ЄСПЛ визнав наявність втручання, його правову основу і легітимну мету. І зазначив, що вакцинація є одним з найуспішніших та економічно ефективних заходів у системі охорони здоров'я. Тобто, можна стверджувати про різницю між примусовою і обов'язковою вакцинацією, так як при проведенні останньої пацієнт все ж таки має право вибору, хоча й усвідомлює, що в разі відмови можуть настати негативні для нього наслідки.

У прийнятій ВООЗ Стратегії боротьби з COVID-19 зазначено, що національні плани боротьби з пандемією мають бути досить гнучкими задля швидкого реагування на зміни епідеміологічної ситуації. Як зазначає професор імунології з Університетського коледжу Лондона Д. Альтманн, «неприємна річ у цій пандемії – це те, що вчені вже дратують людей, адже наукові висновки постійно змінюються через те, що предмет досліджень

такий невизначений». Як наслідок, державна політика щодо цього питання відзначається суттєвою динамічністю. Різняться і рівень імперативного регулювання поведінки громадян. Так, одні країни-лідери в питанні вакцинації обійшли лише рекомендаціями – Велика Британія, Данія, Швеція, Нідерланди та ін., при цьому відсоток вакцинованих громадян сягає більше 60, тому поступово скасовуються карантинні обмеження. В інших країнах ЄС влада вдається до жорстких заходів (Греція, Італія, Франція) і запроваджує правило «зеленої перепустки» (green pass). За цим правилом відвідування громадських місць, роботи тощо можливо виключно за наявності ковід-сертифікату або негативного ПЛР-тесту на коронавірус. Так, в Італії починаючи з 15 жовтня допускатимуть на робоче місце лише вакцинованих або тих, хто пред'явить негативний тест на COVID-19. При цьому уряд не пристав на вимогу профспілок зробити тести на коронавірусну хворобу безкоштовними, встановивши лише граничні ціни на них – 15 євро за антиген – тест для дорослих, 8 – для дітей. Роботодавцям, які не перевірятимуть наявність довідок про вакцинацію, загрожує штраф до 1500 євро. У Франції з липня 2021 року всіх медичних працівників – як у лікарнях, так і у лікарських практиках зобов'язали вакцинуватися. Того, хто до 15 вересня не отримав першу дозу або до 15 жовтня не отримає другу, буде звільнено. У Греції для роботи в офісі або для занять в університетах, а також школярі віком від 12 років муситимуть раз на тиждень пред'являти результати тесту на COVID-19. У деяких сферах, таких як туризм, культура або ЗМІ, – двічі на тиждень.

На відміну від країн ЄС, в Україні питання вакцинації від COVID-19 регулюється підзаконними нормативними актами – Постановами Кабінету Міністрів України. Чинним є Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», у ст. 12 якого передбачено, що профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень. Працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до зараження цих працівників та (або) поширення ними інфекційних хвороб, підлягають обов'язковим профілактичним щепленням також проти інших відповідних інфекційних хвороб. У разі 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. У законі наголошено, що профілактичні щеплення проводяться після медичного огляду особи в разі відсутності у неї відповідних медичних протипоказань. Внаслідок загальної недовіри населення України до влади, а також до якості надання медичних послуг в установах охорони здоров'я, рівень вакцинації від COVID-19 в Україні є чи найнижчим у Європі. Щоб дії влади були легітимними, вони мають передусім відповідати конституційним вимогам, зокрема ч. 1 ст. 92 Конституції України, що права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод; основні обов'язки громадянина визначаються в Україні виключно законами, а не підзаконними нормативно-правовими актами. А державна політика має бути максимально виваженою, адже йдеться про життя і здоров'я громадян.

Таким чином, всі обмежувальні заходи – незалежно від того, чи засновані вони на відступі від зобов'язань – повинні завжди мати правову основу, яка включає дотримання відповідних конституційних гарантій та вимог відповідної держави-члена (справа *«Мехмет Хасан Алтан проти Туреччини» 2018 р.*). У випадках обмежень інших прав стандарт, якого необхідно дотримуватися, полягає в тому, що ці обмеження повинні бути необхідними в демократичному суспільстві і, таким чином, пропорційними переслідуваній законній меті.

*Пономаренко О. М.
доцент, к.ю.н., доцент кафедри
цивільно-правових дисциплін і трудового
права ім. проф. О. І. Процевського
ХНПУ ім. Г. С. Сковороди*

ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОШЛЮБНОГО МЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ У ПРОЦЕСАХ РЕКОДІФІКАЦІ ЦК УКРАЇНИ ТА ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

На даний час в Україні активно здійснюється робота з оновлення низки галузей законодавства, що у приватно-правовій сфері отримало назву «Рекодифікація ЦК України». Під час цієї рекодифікації передбачається, серед іншого, змінити й структуру чинного ЦК України, включивши до нього в якості окремої книги, сімейне законодавство. Безумовно, процес повернення сімейного права в лоно цивільного права не буде механічним, він передбачає критичне переосмислення кожної норми обох галузей з метою удосконалення нормативного регулювання сфери приватного права. В цей перехідний період великого значення набувають наукові дослідження найпроблемніших питань. Одним з таких проблемних питань є дошлюбне медичне обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу. Актуальності дослідженню цієї проблематики додає й медична реформа, яка здійснюється в Україні вже кілька років, оскільки питання дошлюбного медичного обстеження відносяться до сфери і сімейного, і медичного права.

Зараз правове регулювання дошлюбного медичного обстеження осіб, що вступають у шлюб, здійснюється СК (ст. 30), Постановою КМУ «Про порядок здійснення добровільного медичного обстеження наречених», наказом МОЗУ «Про перелік видів добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу». Аналіз цих нормативних актів дає підставу для наступних висновків:

1. Право на добровільне медичне обстеження мають особи (чоловік і жінка), які подали заяву про реєстрацію шлюбу до органів державної реєстрації актів цивільного стану. З урахуванням того, що в чинному сімейному законодавстві практично відсутнє правове регулювання альтернативних шлюбів форм організації сімейного життя, то й про-

блем, пов'язаних з переглядом кола осіб, які мають право на дошлюбне медичне обстеження, не виникає. У той же час, якщо український законодавець піде шляхом розширення видів легальних форм організації сімейного життя (одностатеві шлюби, зареєстровані партнерства тощо), то з неминучістю виникне питання про те, чи варто розширювати також і коло осіб, які мають право на дошлюбне медичне обстеження або варто залишити таке право лише особам, які планують укладення традиційного шлюбу.

2. У зв'язку з тим, що дошлюбне медичне обстеження є добровільним, чоловік і жінка, які подали заяву про реєстрацію шлюбу, мають право вибору – здійснювати це право чи ні. Держава, в особі державних органів реєстрації актів цивільного стану, лише створює умови для здійснення нареченими цього права. При цьому не викликає сумнівів той факт, що відмова від здійснення цього права не може бути підставою для притягнення до жодного виду юридичної відповідальності. Навіть якщо молодята розійшлися в думці щодо обстеження, у публічної влади немає ніяких механізмів впливу на прийняття рішення про його проходження.

Слід зазначити, що деякі держави йдуть шляхом впровадження обов'язкового медичного обстеження всіх осіб, що укладають шлюб. Видається, однак, що такий шлях для України є неприйнятним і обстеження повинно залишатися добровільним. У той же час, порушення права в цій сфері може бути дуже болючим і привести до непоправних наслідків (зараження партнера венеричним або іншим серйозним захворюванням, народження дитини з генетичним захворюванням тощо). При цьому способи захисту, які закріплені в чинному законодавстві є переважно заходами відповідальності, тобто застосовуються вже після вчиненого правопорушення, тому не можуть бути визнані ефективними превентивними заходами. Саме тому, в державній політиці з біологічного захисту сім'ї акцент повинен бути зроблений на попередження порушень, зокрема, на стимулювання осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу, до проходження медичного обстеження. Звісно ж, що держава повинна активніше проводити заходи, пов'язані з інформуванням населення (особливо молоді) про переваги дошлюбного медичного обстеження і наслідки відмови від нього.

3. Відповідно до ч. 4 ст. 30 СК України результати медичного обстеження є таємницею і повідомляються лише нареченим. Таке формулювання ч. 4 ст. 30 СК України викликає обґрунтовану критику, оскільки немає

однозначної відповіді на питання про те, кому ж можуть бути повідомлені відомості про стан здоров'я – обом нареченим або особисто кожному із них (тому, хто пройшов дошлюбне медичне обстеження)? З одного боку, у кожної особи, що бере шлюб, є право знати про стан здоров'я партнера. Закріплення цього права є важливою гарантією добровільності шлюбу, оскільки інформація про стан здоров'я партнера може істотно вплинути на прийняття рішення про створення сім'ї з цією людиною. З іншого боку – у кожній людини є право на таємницю про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, отримані при його медичному обстеженні.

Звісно ж, що результати дошлюбного медичного обстеження можуть бути повідомлені виключно особисто кожному із наречених. Якщо ж у когось з наречених було виявлено генетичне, заразне або будь-яке інше захворювання, то такий суб'єкт самостійно приймає рішення – повідомити про діагноз іншого партнера або залишити таку інформацію в таємниці. Особа, у якого виявлено захворювання, має право залишити діагноз в таємниці і відмовитися від реєстрації шлюбу або повідомити про стан здоров'я іншого партнера і надати партнеру право на прийняття рішення про реєстрацію шлюбу. Існує також ризик того, що особа, у якої було виявлено захворювання, залишить в таємниці від партнера інформацію про свій діагноз і шлюб буде зареєстрований. На жаль, превентивних засобів, спрямованих на попередження порушень у цій сфері, не так вже й багато. Одним із таких превентивних засобів є попередження кожного з тих, що подали заяву про реєстрацію шлюбу, про негативні наслідки приховування інформації про стан свого здоров'я від партнера.

Слід зазначити, що в п. 8 Правил реєстрації актів цивільного стану зазначено, що орган державної реєстрації актів цивільного стану, який прийняв заяву про державну реєстрацію шлюбу, зобов'язаний ознайомити наречених з обов'язком повідомити один одного про стан свого здоров'я. Однак, обов'язку попередити наречених про наслідки приховування інформації про стан здоров'я один одного в Правилах не закріплено. Більше того, наслідки приховування захворювання розосереджені по різних главах СК, що ускладнює і розуміння наслідків такого несумлінної поведінки, і захист порушених прав. Звісно ж, що значно більший ефект мало б закріплення таких наслідків в окремій нормі сімейного (цивільного) законодавства.

Таким чином, удосконалення нормативного регулювання дошлюбного медичного обстеження повинно йти двома напрямками: 1) пошук ефективних превентивних заходів, спрямованих на стимулювання наречених до проходження дошлюбного медичного обстеження і виконання ними обов'язків щодо інформування один одного про стан свого здоров'я; 2) комплексне закріплення заходів відповідальності за приховування інформації про стан свого здоров'я від іншого партнера.

Приходько О.
*Національно-дослідний інститут
державного будівництва та місцевого
самоврядування НАПрН України*

Руднєва О. М.
*професор, д.ю.н., головний науковий
співробітник Національно-дослідного
інституту державного будівництва та
місцевого самоврядування НАПрН України*

РОЛЬ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ПОДОЛАННІ КРИЗИ «КОВІДНОЇ ЕРИ»

Відомо, що побудова демократичної правової України можливе виключно через активну співпрацю та взаємодію громадянського суспільства та держави в її інституціональному розумінні. Громадянське суспільство є основою демократичного суспільства, яке не може існувати без свободи, справедливості, верховенства права. Наявність різноманітних об'єднань громадян є невід'ємним елементом будь-якого демократичного суспільства.

Сьогодні цей постулат набуває особливого змісту у зв'язку із посиленням тиску держави на економічні права людей та на бізнес шляхом обмеження пересування та діяльності.

Найбільш динамічним сегментом громадянського суспільства виступають громадські організації. Активна діяльність громадських організацій є каталізатором зростання рівня свідомості та культури громадян, спонукає державу до утвердження та розширення демократії, більш ефективного захисту прав і свобод людини. Виходячи з цього, дослідження правової регламентації, особливостей діяльності та сучасних проблем функціонування громадських організацій є важливою та актуальною проблемою, що стоїть перед сучасною юридичною наукою. Державно-правова політика уряду та органів місцевого самоврядування під час корона ризи 2020–2021 підсилює практичне значення моніторингової функції громадських організацій, а в науковому плані – значення досліджень теоретичних аспектів діяльності громадських організацій

в контексті взаємовідносин держави та громадянського суспільства в Україні.

Якщо виходити з розуміння, що громадянське суспільство відображає самоврядний потенціал суспільства, його здатність до самоорганізації задля реалізації своїх потреб в цілому та на основі інтересів конкретного індивіду, що передусім має громадську природу, треба стверджувати, що сьогодні громадські організації повинні відігравати більш вагомую роль у захисті соціальних та економічних прав громадян України. Це мають розуміти як самі активісти та керівні органи цих організацій, так і представники влади. Адже йдеться про необхідність пошуку розумного балансу між утиском владою прав і свобод людей під гаслами загального блага та допустимих меж втручання в сферу приватних інтересів.

Громадську організацію слід розглядати як юридичну особу приватного права, що здійснює ряд публічних функцій, створюється на добровільних засадах, забезпечує представництво і реалізацію прав та інтересів приватних осіб, носить громадський характер. Її специфікою є некомерційний (неприбутковий) та корпоративний характер [1, с. 9].

Громадські організації мають право засновувати підприємства, необхідні для виконання статутних цілей. Тобто, окрім діяльності для суспільних потреб, громадські організації мають ще й економічні інтереси. Саме розвиток цього напрямку роботи пов'язано із таким поняттям як соціальне підприємництво. Його роль підсилюється на сучасному етапі. Особливо якщо йдеться про людей з особливими потребами.

Усі об'єднання громадян рівні перед законом. Заборона діяльності об'єднань громадян здійснюється лише у судовому порядку. Держава створює рівні можливості для діяльності об'єднань громадян. Будь-яке втручання державних органів та службових осіб у їх діяльність не допускається, крім випадків, передбачених законом.

Сьогодні посилення взаємодії між суспільними системами національного рівня та міжнародними системами зумовлюють посилення ролі неурядового сектора у світовій політиці. Сьогодні у багатьох міжнародних процесах неурядові структури відіграють не менш важливу роль, ніж держави чи міждержавні інститути [2, с. 3].

Право на громадські об'єднання є невід'ємним правом людини та громадянина, що прямо проголошено у ст. 20 Загальної декларації прав

людини. Свобода асоціацій закріплюється й у ст. 22 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права. Зі ст. 11 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод також витікає зобов'язання України гарантувати право на свободу об'єднання та створити максимально зручні правові й адміністративні умови для заснування, реєстрації і діяльності громадських організацій.

Вказані положення знайшли своє продовження і в Основному Законі нашої держави. Як слідує зі ст. 36 Конституції України, громадяни України мають право на свободу об'єднання у політичні партії та громадські організації для здійснення і захисту своїх прав і свобод та задоволення політичних, економічних, соціальних, культурних та інших інтересів, за винятком обмежень, встановлених законом в інтересах національної безпеки та громадського порядку, охорони здоров'я населення або захисту прав і свобод інших людей.

Громадські організації можуть бути класифіковані за різними ознаками. Залежно від своєї організаційної форми громадські організації створюються і діють у формі спілок (юристів, письменників тощо), товариств (наукові товариства), комітетів (національний олімпійський комітет України), асоціації (Асоціація міст України) та інших. Залежно від сфери інтересів, на підставі яких утворена громадська організація, їх можна поділити на наукові, творчі, суспільно-політичні, спортивні, екологічні, правозахисні тощо.

З радянських часів одним з найбільш поширених форм громадських організацій були профспілки, діяльність спрямована в першу чергу на захист трудових прав громадян. У умовах корона кризи роль цих організацій в публічній сфері повинна бути вищою.

Характерним для нинішнього етапу суспільного та державного розвитку є поява значної кількості молодіжних та дитячих громадських організацій, творчих спілок, нових для України форм об'єднань громадян, наприклад об'єднання співвласників багатоквартирних будинків.

Більшість з цих організацій мають окрім соціального ще й економічний інтерес, який можна поділити на певні види. Отже не тільки моніторинг дій влади, лобізм своїх економічних інтересів, але й активне їх просування, у тому числі й шляхом протесту проти дій суб'єктів владних повноважень в рамках законодавчих норм, повинно стати реальним запобіжником проти суспільних криз та розвитку довготривалих суспільних конфліктів.

Список використаних джерел:

1. Ващук О. М. Конституційно-правовий статус громадських організацій в Україні: автореф. дис... канд. юрид. наук: НАН України. Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького. К., 2004. 17 с
2. Чернявська Л. Н. Суб'єктність міжнародних неурядових організацій у світовій політиці: дис... канд. політ. Наук. Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка. Інститут міжнародних відносин. К., 2007. 235 с.

Реніна Ю. С.

*доцент, к.е.н., науковий співробітник
відділу дослідження проблем
кримінального процесу та судоустрою
НДІ вивчення проблем злочинності ім.
акад. В. В. Сташица НАПрН України*

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЄДНОСТІ СУДОВОЇ ПРАКТИКИ З ПИТАНЬ МЕДИЧНОГО ПРАВА

Судовий розгляд питань, пов'язаних із медичним правом як системою правовідносин у сфері надання медичної допомоги та ін. правовідносин щодо медичного обслуговування для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я [1], стосується справ, які розглядаються в порядку цивільного, господарського, адміністративного та кримінального судочинства, а також із адміністративними правопорушеннями.

Єдиний судовий державний реєстр України містить судові рішення, якими вирішуються юридичні спори з приводу порушення правових норм цивільного, господарського, адміністративного законодавства, якими регулюються приватні і публічні правовідносини, що формують правову суть медичного права як комплексної галузі права.

У Висновку № 20 (2017) Консультативної ради європейських суддів (далі – КРЄС) про роль судів у забезпеченні єдності застосування закону наголошується на тому, що однакове та уніфіковане застосування закону обумовлює загальнообов'язковість закону, рівність перед законом та правову визначеність [2].

Далі, доводячи важливість єдиного застосування закону, КРЄС у пункті 5 цього Висновку звертає увагу на те, що єдине застосування закону є визначальним задля принципу рівності перед законом. Окрім того, питання правових визначеності й передбачуваності є невід'ємною складовою верховенства права. У державі, яка керується принципом верховенства права, громадяни виправдано очікують, що до них будуть ставитися, як до всіх інших, та що вони можуть покладатися на попередні судові рішення в подібних справах, і таким чином громадяни можуть передбачати юридичні наслідки своїх дій чи бездіяльності [2].

Найвищим судом у системі судоустрою України є Верховний Суд, який забезпечує однакове застосування норм права судами різних спеціалізацій у порядку та спосіб, визначені процесуальним законом (п. 6 ч. 2 ст. 36 Закону № 1402-VIII). Більше того, висновки щодо застосування норм права, викладені у постановах Верховного Суду, враховуються іншими судами при застосуванні таких норм права (ч. 6 ст. 13 Закону № 1402-VIII). Реалізація цього завдання відбувається, зокрема, шляхом здійснення правосуддя, під час якого Верховний Суд у своїх рішеннях висловлює правову позицію щодо правозастосування, орієнтуючи у такий спосіб судову практику на однакове застосування норм права (постанова Верховного Суду від 28.05.2019 року, справа № 205/8154/16-к) [3].

На думку Валентини Данішевської, голови Верховного Суду, у XXI столітті будь-яка сфера діяльності не лише в приватному, а й у державному, секторі має поєднуватися з використанням алгоритмів, які можуть прискорити, оптимізувати, покращити процеси роботи. Й судова сфера не виняток [4].

Для Верховного Суду, починаючи із квітня 2019 року, стало звичайною справою підготовка з подальшим розміщенням на офіційному веб-сайті Суду презентацій з питань практики Верховного Суду (<https://supreme.court.gov.ua>). Застосовуючи Microsoft Office PowerPoint – програму підготовки презентацій (слайд-шоу, слайди з нотатками), судді Суду підготували добре структуровані, короткі і чіткі доповіді за означеною тематикою.

Зокрема, суддя КЦС ВС Василь Крата 25 червня 2021 року підготував презентацію на тему: «Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування: окремі аспекти судової практики». Її зміст присвячений ознайомленню із правовими висновками Верховного Суду з приводу поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, яка була визнана недієздатною; надання медичної допомоги без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника; права на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я; отримання медичної інформації; спростування поширеної медичної інформації; відмови у прийнятті дитини до дошкільного навчального закладу без щеплень; шкодою [5].

КРЄС у Висновку № 4 (2003) щодо належної підготовки та підвищення кваліфікації суддів на національному та європейському рівнях

акцентує увагу на тому, що окремо від базових знань, які необхідні суддям до того, як вони обіймуть свої посади, вони «приречені на постійне навчання та підготовку». Тому КРЕС вважає, що у той час, як важливо організувати підвищення кваліфікації, оскільки суспільство має право на переваги, які дає йому висококваліфікований суддя, також необхідно поширювати в суддівському корпусі культуру постійного навчання [6, п. 31, 33].

Звісно, що навчальний матеріал може бути представлено у різних видах, зокрема, у виді презентацій [7, с. 13–15, 73.]. Тому такі матеріали можна використовувати як навчальні, і вони цілком можуть стати в нагоді для суддей, які займаються самоосвітою. Отже, інноваційні технології, за допомогою яких створюються (комп'ютерна програма) і поширюються (веб-сайт, мережа Інтернет) такі презентації сприяють забезпеченню єдності судової практики як допоміжний інструмент самоосвіти суддів.

Список використаних джерел:

1. Сенюта І. Я. Медичне право // Енциклопедія Сучасної України: електронна версія [веб-сайт] / гол. редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2018. URL: https://esu.com.ua/search_articles.php?id=66077 (дата звернення: 10.10.2021)

2. Висновок Консультативної ради європейських судів № 20 (2017) «Про роль судів у забезпеченні єдності застосування закону» від 10 листопада 2017 року. URL: https://court.gov.ua/userfiles/media/opinion_20_UA.pdf (дата звернення: 10.10.2021)

3. Марочкін О. І. До питання про роль судової практики в регулюванні кримінальної процесуальної діяльності. *Право і суспільство*. 2020. № 5. С. 193–201.

4. Данішевська В. Практика Великої Палати Верховного Суду: вплив на правову систему. *Слово Національної школи суддів України*. 2020. Спецвипуск. С. 145–154.

5. Презентація судді КЦС ВС Василя Крата «Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування: окремі аспекти судової практики» (25 червня 2021 року). URL: https://supreme.court.gov.ua/userfiles/media/new_folder_for_uploads/supreme/Krat_2021_06_22.pdf (дата звернення: 10.10.2021)

6. Висновок Консультативної ради європейських суддів № 4 (2003) «Про належну початкову підготовку та підвищення кваліфікації суддів на націо-

нальному та європейському рівнях» від 27 листопада 2003 року. URL: <https://tm.coe.int/-4-2003-/1680748202> (дата звернення: 10.10.2021)

7. Методичні рекомендації для тренерів щодо розроблення та проведення тренінгів. Київ : ФОП Демчинський О.В., 2017. URL: http://nsj.gov.ua/files/1514283803Metod_%20recom_trainings.pdf (дата звернення: 10.10.2021)

Руднєва О. М.
професор, д.ю.н., головний науковий
співробітник Національно-дослідного
інституту державного будівництва та
місцевого самоврядування НАПрН України

ПОРУШЕННЯ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ПРАВ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОВІД-19

Метою доповіді є визначення раціональних та дискусійних аспектів розуміння верховенства права як наднаціонального стандарту прав і свобод людини та як механізму врегулювання суспільних дисбалансів та правових конфліктів.

Принцип верховенства права наповнюється реальним змістом, якщо право розглядається не як результат правотворчої діяльності держави, не як акт державної влади, тим більш її знаряддя, а як соціальний феномен, який має глибоке коріння в культурі світовій і національній, духовній історії народу, його традиціях, національній ментальності; як явище, безпосередньо, пов'язане з такими фундаментальними категоріями, як справедливість, свобода, (формальна) рівність, гуманізм.

Важливим аспектом дослідження феномену верховенства права, є відповідь на питання, над чим саме верховенствує право. Право як універсальний регулятор суспільних відносин панує над державою, держава виступає інструментом, засобом досягнення і реалізації права, що створюється людиною.

Вважаємо, що в цьому випадку можна скоріше говорити про те, що право діє там де всі інші соціальні регулятори є неефективними. Крім того, саме вимоги моралі та інших соціальних норм досить часто формують право, адже право, що не втілює в собі вимоги добра, гуманізму, моральності, справедливості взагалі не може вважатись таким. Звісно, що моральність права не є тотожною до моралізуючої держави та моралізуючої державності.

Сьогодні не тільки в діях влади а й у висловлюваннях юристів актуалізується точка зору, що право не підкріплене силою, є фантомом, оскільки тільки влада, що здійснює норми права, робить право тим, чим воно й повинне бути, тобто реальним регулятором правовідносин та запобіжником порушення публічного порядку. Стверджується, що доки право

не буде закріплено в законах, інших джерелах, або в загальноновизнаних, обов'язкових до виконання міжнародних документах, воно не існує.

Сьогодні традиційний позитивізм набуває нового значення. Принцип верховенства права, що панує над будь якою владою та є беззаперечним та абсолютним авторитетом для неї піддається критиці. Спостерігається маніпулювання змістом та навіть викривлення цього принципу, коли влада, вдаючись до певних дій з обмеження прав і свобод людини, порушуючи приписи конституції, пояснює їх як обов'язок забезпечення найвищих цінностей, дотримання міжнародних стандартів. Ці факти, а їх із введенням карантинів та локдаунів у 2020-2021 роках в різних країнах накопичилася чимала кількість, потребують ретельного осмислення

Віддаючи належне надбанням доктрини природного права в утвердженні морально-правових цінностей, не можна не визнати, що за допомогою виключно природно-правових вимог розуму, справедливості, свободи не можливо чітко та напевно врегулювати діяльність складної, самокерованої системи, якою є суспільство у XXI столітті. Орієнтація ж правозастосовної практики «на засади живого природного права», сьогодні стає певним трендом у різних країнах. Але, за умови відсутності міцних правових традицій, недостатнього, а подекуди й низького рівня правової культури значної частини правозастосовувачів може призвести до ще більш негативних наслідків, ніж некритична орієнтація правозастосовувача на неідеальний у правовому відношенні закон. Отже, принцип верховенства права не може розглядатись ні виключно з позицій природного права, ні виключно з позицій позитивізму.

Органи державної влади мають діяти прозоро і виключно в правовому полі. Держава нікому не дарує права і не скасовує їх, вона лише повинна відображати в законодавстві те, що допомагає нормальному життю людей.

Як іманентна властивість людини, що характеризує її як представника всього людського роду, права людини є поза територіальними і поза національними. Вони становлять загальноцивілізаційну, загальнокультурну цінність незалежно від націй, ідеології, релігії, а тому давно стали об'єктом міжнародно-правового регулювання.

Права людини є безпосереднім діючим правом і можуть застосовуватись «*contra legem*» – всупереч закону, якщо закон суперечить фундаментальним правам людини: не відображає природно-правові начала; не відповідає загальноновизнаним міжнародно-правовим принципам і нормам

про права людини та громадянина; прийнятий нелегітимним органом державної влади тощо.

Таким чином, права людини, її невід'ємні, невідчужувані права, є не тільки ідеєю, але й фактичною частиною поняття верховенства права. Права людини (поряд з конституційністю) виступають як один з найбільш предметних критеріїв правового характеру законів та інших нормативних актів.

Однак, принцип верховенства права передбачає не тільки визнання, а обов'язковість додержаних прав людини і забезпечення їх державою. Принцип верховенства права дістає свій прояв також у верховенстві Конституції і правових законів.

Таким чином, верховенство права – це основоположний принцип демократичної держави, що є виразом ідей примата права над державою і пріоритету природних прав людини в суспільстві, який знаходить свій прояв у верховенстві Конституції та правових законів у підкоренні органів публічної влади правовим органам.

Реалізація принципу верховенства права можлива також за умови визнання природного права (у вигляді ідей про гуманізм, справедливість, мораль, формальну рівність) як безпосереднього регулятора життя соціуму (джерела права).

Найбільш вагомим практичного значення природне право набуває через суддівську діяльність як правовий критерій правосуддя, а також як підстава для прийняття судових рішень на основі вже згаданого принципу «*contra legem*».

*Тищенко О. І.,
к.ю.н., доцентка, доцентка кафедри
кримінального процесу Національного
юридичного університету імені
Ярослава Мудрого*

ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД ЯК ЮРИДИЧНИЙ ФАКТ: ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ РАКУРС

Висвітлення особливостей психічного розладу як юридичної моделі у кримінальному процесі слід розпочинати з відповідних норм кримінального права про неосудність та обмежену осудність. У ч. 2 ст. 19 Кримінального кодексу України (далі – КК), яка врегульовує питання неосудності, для позначення психічних аномалій вживаються такі терміни, як хронічне психічне захворювання, тимчасовий розлад психічної діяльності, недоумство та інший хворобливий стан психіки. У наступній частині цієї ж статті законодавець змінив термінологію, закріпивши вже психічну хворобу як підставу для застосування примусових заходів медичного характеру до особи, яка вчинила кримінальне правопорушення у стані осудності, але психічно занедужала до постановлення вироку. Зміна термінології не оминула й інституту обмеженої осудності: у ч. 1 ст. 20 КК вживається категорія психічний розлад. Відсутність єдиного вживання термінології щодо психічних вад характеризує також й інші норми закону про кримінальну відповідальність: психічний розлад (п. 6 ч. 1 ст. 67, ч. 2 ст. 94 КК), психічне захворювання (п. 9 ч. 1 ст. 67 КК), розлад психіки та поведінки (п. 5 ч. 3 ст. 76 КК), психічна хвороба (ч. 1 ст. 84, п. 3 ч. 1 ст. 93, ч. 4 ст. 95, ч. 1 ст. 121 КК).

Отже, для позначення юридичної моделі психічних аномалій у кримінальному праві використовуються різні терміни (хронічне психічне захворювання, тимчасовий розлад психічної діяльності, недоумство, інший хворобливий стан психіки, психічне захворювання, психічна хвороба, психічний розлад, розлад психіки та поведінки). Якщо на користь розрізнення категорій, закріплених у ч. 2 ст. 19 КК (хронічне психічне захворювання, тимчасовий розлад психічної діяльності, недоумство, інший хворобливий стан психіки), у науці кримінального права висловлюються доводи [1, с. 62–63], які не є безспірними [2, с. 25–27], то щодо потреби виділяти інші категорії раціональних аргументів автором не виявлено.

Термінологічна єдність відсутня і в процесуальному законі. Так, у нормах КПК для позначення психічних вад в осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння або кримінальне правопорушення, вживаються такі терміни: психічна хвороба (ч. 1 ст. 335, п. 1 ч. 1 ст. 485, п. 2 ч. 1 ст. 503, ч. 1 ст. 509, п. 4 ч. 1, частини 2, 5 ст. 513, ч. 1 ст. 515, ч. 8 ст. 539 КПК), психічне захворювання (п. 5 ч. 2 ст. 52, ч. 1 ст. 486 КПК), затримка психічного розвитку (ч. 1 ст. 486 КПК), психічна вада (п. 3 ч. 2 ст. 52 КПК), розлад психічної діяльності чи психічна хвороба (п. 3 ч. 1 ст. 505, ч. 2 ст. 508 КПК), розлад психічної діяльності чи психічне захворювання (ч. 1 ст. 506, п. 1 ч. 1 ст. 509 КПК), тимчасовий розлад психічної діяльності (ч. 1 ст. 515 КПК), інший хворобливий стан психіки (ч. 1 ст. 515 КПК). Відносно ж осіб, які не вчиняли суспільно небезпечного діяння або кримінального правопорушення, але мають психічні аномалії, процесуальний закон містить термін психічна хвороба (п. 1 ч. 3 ст. 97 КПК), а в контексті врегулювання участі законних представників – взагалі не згадує про вади психічного стану осіб, але закріплює вимогу наявності у підозрюваного, обвинуваченого, потерпілого, цивільного позивача статусу недієздатної чи обмежено дієздатної особи¹ (ч. 1 ст. 44, ч. 1 ст. 59, ч. 1 ст. 64 КПК). Отже, процесуальний закон, як і закон кримінальний, відображає різне використання терміну для позначення психічних аномалій, водночас спектр використовуваних категорій відрізняється від кримінально-правових.

У профільному законодавчому акті – Законі України «Про психіатричну допомогу», для позначення психічної аномалії замість термінів психічне захворювання, психічна хвороба чи психічна вада вживаються категорії психічний розлад та тяжкий психічний розлад [3]. Під першим розуміється розлад психічної діяльності, визнаний таким згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті (абз. 2 ч. 1 ст. 1 Законі України «Про психіатричну допомогу»). Тяжкий психічний розлад також визнається розладом психічної діяльності (затмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), проте щодо нього додається ключова ознака – позбавлення особи здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку (абз. 3

¹ У свою чергу, цивільно-правова конструкція обмеженої цивільної дієздатності та недієздатності (ст.36, 39 Цивільного кодексу України) містить категорію психічний розлад і хронічний, стійкий психічний розлад, відповідно, які використовуються для позначення медичного критерію цих цивільно-правових інститутів.

ч. 1 ст. 1 Закону України «Про психіатричну допомогу»). Разом із тим, у Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р, окрім терміну психічний розлад, вживається також категорія розлад психіки і поведінки [4]. Термін психічний розлад можна знайти також у Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженому наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2014 р. № 1348/5/572, де він використовується разом із категоріями «психічне захворювання», «розлади психіки та поведінки» [5]. Показово, що у додатку до зазначеного підзаконного нормативно-правового акта міститься Перелік хвороб, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання, де психічні розлади вичерпно визначаються шляхом наведення семи категорій психічних аномалій: 1) деменції; 2) амнестичний синдром органічного походження; 3) психотичні стани органічного походження; 4) шизофренія, шизотипічні та маячні розлади; 5) біполярні афективні розлади, рекурентні депресивні розлади; 6) розлади особистості та поведінки органічної етіології; 7) розлади особистості у стані важкої декомпенсації із загрозою ауто- чи гетероагресії).

Отже, юридична модель психічного розладу характеризується відсутністю послідовності у вживанні термінів як всередині галузей законодавства (кримінального та кримінального процесуального), так і на міжгалузевому рівні, що свідчить про наявність термінологічної проблеми.

Список використаних джерел:

1. Кримінальний кодекс України. Науково-практичний коментар: у 2 т. / за заг. ред. В. Я. Тація, В. П. Пшонки, В. І. Борисова, В. І. Тютюгіна. 5-те вид., допов. Х. : Право, 2013. Т. 1: Загальна частина / Ю. В. Баулін, В. І. Борисов, В. І. Тютюгін та ін. 2013. 376 с.

2. Тетерятник Г.К. Охорона прав і законних інтересів неосудних і обмежено осудних на стадії досудового розслідування у кримінальному процесі України: дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2012. 226 с.

3. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>.

4. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.

5. Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі: наказ Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2014 р. №1348/5/572. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0990-14#Text>.

Шрамко С. С.
*к.ю.н., старший дослідник, в.о. вченого
секретаря НДІ вивчення проблем
злочинності ім. акад. В. В. Сташиса
НАПрН України*

ЩОДО ОБ'ЄКТІВ ЗАПОБІЖНОГО ВПЛИВУ ПІД ЧАС УСУНЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИХ ТА КРИМІНОЛОГІЧНИХ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЙ ТА ЕПІДЕМІЙ В УКРАЇНІ¹

Термін «об'єкт» тлумачиться як явище, предмет, особа, на яких спрямовано певну діяльність, увагу тощо [1, с. 635]. У загальному сенсі під об'єктом запобіжної дії необхідно розуміти те, на що спрямовується та чи інша діяльність із метою недопущення/нейтралізації/усунення негативних проявів.

Найбільш дослідженим розуміння сутності об'єкта запобіжного впливу є в кримінологічній науці. Кримінологія досліджує злочинність як явище, що існує в суспільстві, тісно пов'язане з іншими суспільними процесами, має свої закономірності виникнення та вимагає специфічних і різноманітних форм боротьби з ним. Оскільки пандемії та епідемії так само здійснюють відчутний вплив на життєдіяльність суспільства, як сукупності індивідів (осіб), а дослідниками виявлені проблеми, пов'язані із дотриманням у такі періоди законності і правопорядку в суспільстві, охорони конституційних прав, свобод та інтересів громадян [2], то вважаємо методологічно правильним розглянути об'єкти запобіжної дії під час усунення негативних наслідків через накопичені знання стосовно цього питання в кримінологічній науці.

Узагальнене та змістовне розуміння об'єкта запобіжного впливу у контексті запобігання злочинності наводить В. В. Голіна. Він дотримується точки зору, що об'єкт запобіжного діяння – це окремі чи взаємопов'язана сукупність негативних явищ і процеси реальної дійсності матеріального і духовного характеру, різні за генезою, сферою буття і свідомості, фор-

¹ *Примітка.* Тези підготовлено на виконання проєкту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні» (реєстр. номер 2020.01/0155), що виконується за підтримки Національного фонду досліджень України.

мами та ступенем інтенсивності проявів своїх властивостей, існування яких призводить до відтворення на суспільному рівні злочинності як соціального явища, а на груповому та індивідуальному – до виникнення масової деструктивної поведінки людей, злочинної мотивації, наміру, прийняття рішення на вчинення злочинів та їх реалізацію [3].

У кримінології існують різні підстави класифікації криміногенних явищ, процесів, чинників залежно від цілей. Найбільш поширеною підставою класифікації об'єктів запобіжного впливу, у контексті розуміння злочинності як соціально-правового явища, є генеза чинників. У зв'язку з цим вони поділяються на дві основні групи: соціальні, що впливають на соціальну сутність злочинності, її суспільну небезпечність і юридичні, пов'язані з практикою правоохоронної і правозастосовної діяльності [4, с. 182]. У розглядуваній нами сфері, залежно від цільової спрямованості запобіжної діяльності, об'єкти запобіжної дії можна конкретизувати за такими напрямками:

1) обмеження (нейтралізація) впливу чинників, які знаходяться поза сферою епідемічної безпеки (охорони здоров'я), але взаємопов'язані з настанням негативних соціально-правових та кримінологічних наслідків пандемій та епідемій в Україні;

2) вплив на причини та умови поширення пандемій, а також на умови й обставини, що сприяють цьому;

3) вплив на негативні чинники оточуючого середовища, інформаційний простір, що безпосередньо формують соціально-психологічний стан суспільства, зокрема, суспільні настрої;

4) вплив на особу (її свідомість), яка перебуває у небезпечних для стану здоров'я умовах, або є потенційно уразливою під час поширення пандемій та епідемій чи навпаки сама створює загрозу для суспільства.

Розглянемо основні чинники настання негативних наслідків через поширення пандемії. До таких слід віднести:

– несвоєчасне реагування, розробка та вжиття комплексу протиепідемічних заходів із протидії поширенню COVID-19;

– відсутність санітарно-епідеміологічної служби. Це також підтвердили опитані працівники, які здійснюють епідеміологічний нагляд (спостереження). 81,2 % з них відповіло ствердно, що ліквідація санітарно-епідемічної служби як центрального органу виконавчої влади та перерозподілу її функцій між іншими органами сприяла погіршенню епідемічної ситуації в Україні в умовах поширення пандемії COVID-19.

При цьому 76 % вважають за необхідне відновлення діяльності санітарно-епідеміологічної служби як окремого центрального органу виконавчої влади, що існував в Україні до 2017 р. [5, с. 49–50];

- криза у сфері медичного обслуговування;
- поширення неправдивої інформації про захворювання;
- неготовність сфери державного соціального захисту до викликів, пов'язаних із пандемією;
- відсутність об'єктивної оцінки існуючих ризиків і загроз у економічному секторі та фінансової стабільності у державі;
- незахищеність інформаційного простору.

Генеральний секретар ООН А. Гутерриш зазначив, що пандемія COVID-19 оголила ризики, які людство ігнорувало впродовж десятиліть. Це неадекватні системи охорони здоров'я; прогалини у соціальному захисті населення; структурну нерівність; погіршення навколишнього середовища; кліматичну кризу. Вірус виявився найбільшим ризиком для вразливих верств населення: людей, що живуть у бідності, літніх людей та людей з обмеженими можливостями [6].

Проведена виконавцями грантового проєкту «Соціально-правові та кримінологічні наслідки поширення пандемій та шляхи їх усунення в Україні», що виконується за підтримки Національного фонду досліджень України, класифікація наслідків пандемії дозволила виокремити низку негативних наслідків біологічного (фізичного), соціального, економічного, правового, інформаційного, психологічного та безпекового характеру.

Відповідно, **об'єктами** запобіжної дії під час усунення соціально-правових та кримінологічних негативних наслідків пандемій та епідемій в Україні є насамперед особа (її свідомість), суспільство, інформаційний простір, недоліки в системі медико-епідемічного, соціального, правового захисту населення.

Наприкінці відмітимо, що діяльність щодо усунення соціально-правових та кримінологічних негативних наслідків пандемій та епідемій в Україні характеризується двома протилежними властивостями: в загальносоціальному плані носить позитивний, відтворюючий характер, оскільки спрямована на зменшення негативних наслідків у соціальному (буденному) житті населення; а в кримінологічному – має руйнівний характер, оскільки спрямована на ліквідацію причинного комплексу вчинюваних злочинів.

Список використаних джерел:

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2001. 1728 с.
2. Батиргареева В. С., Борисов В. І., Євтеєва Д. П., Калініна А. В., Колодязний М. Г., Шрамко С. С. Поширення пандемії COVID-19 в Україні: соціально-правові та кримінологічні проблеми. *Питання боротьби зі злочинністю*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Борисов та ін. Харків: Право, 2020. Вип. 40. С. 9–22
3. Голіна В. В. Об'єкт громадського запобіжного впливу у сфері протидії злочинності. *Питання боротьби зі злочинністю*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Борисов та ін. Харків: Право, 2015. Вип. 29. С. 65–77.
4. Кузнецова Н. Ф. Преступление и преступность. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1969. 232 с.
5. Звіт про результати анкетування щодо наслідків пандемії COVID-19 та шляхів їх усунення. Харків : Наук.-досл. ін-т вивч. пробл. злоч. ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України, 2021. С. 49–50. URL: https://ivpz.kh.ua/wp-content/uploads/2021/06/Звіт_анкетування-дороблений.pdf
6. Annual Lecture 2020: Secretary-General Guterres's full speech. URL: <https://www.nelsonmandela.org/news/entry/annual-lecture-2020-secretary-general-guterres-full-speech>

Наукове видання

**МЕДИЧНЕ ПРАВО
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО:
ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ**

**Матеріали сателітного заходу
в межах V Харківського міжнародного юридичного форуму
21 вересня 2021 року**

Електронне наукове видання

Видається в авторській редакції

Відповідальні за випуск:
Т. О. Михайліченко, П. П. Нога

Комп'ютерна верстка *О. А. Лисенко*

Підписано до поширення через мережу Інтернет 16.11.2021.
Відповідає формату друкованого видання 60×84/16. Гарнітура Times.
Обл.-вид. арк. 5,75. Об'єм даних 0,9 Мб.
Вид. № 2900

Видавництво «Право» Національної академії правових наук України
та Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
вул. Чернишевська, 80-А, Харків, 61002, Україна
Тел./факс (057) 716-45-53
Сайт: <https://pravo-izdat.com.ua>
E-mail для авторів: verstka@pravo-izdat.com.ua
E-mail для замовлень: sales@pravo-izdat.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції — серія ДК № 4219 від 01.12.2011