



Національний
юридичний
університет імені
Ярослава Мудрого



Науково-дослідний інститут
вивчення проблем злочинності імені
академіка В.В. Сташиса НАПрН
України



ALUNA
Publishing House



Науково-дослідний інститут
інтелектуальної власності
НАПрН України



Громадська організація
«Асоціація
фармацевтичного і
медичного права»



Громадська організація
«Всеукраїнська асоціація
кримінального права»



Благодійна
організація
«Всеукраїнська мережа
людей, які живуть з
ВІД/СНУД»

Сучасні виклики в системі охорони здоров'я України

Матеріали VII Медико-правового форуму
(15 грудня 2023 року)

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ЗЛОЧИННОСТІ
ІМЕНІ АКАДЕМІКА В. В. СТАШИСА НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ ПРАВОВИХ НАУК УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЮРИДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЯРОСЛАВА МУДРОГО

ВИДАВНИЦТВО «ALUNA»

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ
НАПРН УКРАЇНИ

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА»

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВА»

БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ВСЕУКРАЇНСЬКА МЕРЕЖА ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД»

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Матеріали VII Медико-правового форуму
(15 грудня 2023 року)

Електронне наукове видання

Харків
«Право»
2023

У к л а д а ч і:

Ю. Ю. Забуга, кандидатка юридичних наук, старша наукова співробітниця;

Т. О. Михайліченко, кандидатка юридичних наук, доцентка, старша наукова співробітниця;

А. В. Салашина, молодша наукова співробітниця

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 № 15 від 29 грудня 2023 р.)

Сучасні виклики в системі охорони здоров'я України : матеріали C91 VII Мед.-прав. форуму (15 груд. 2023 р.) : електрон. наук. вид. / [уклад.: Ю. Ю. Забуга, Т. О. Михайліченко, А. В. Салашина] ; НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України ; Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого ; Вид-во «ALUNA» ; НДІ інтелект. власн. НАПрН України ; ГО «Асоц. фармацевт. і мед. права» ; ГО «Всеукр. асоц. кримін. права» ; БО «Всеукр. мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД». – Харків : Право, 2023. – 106 с. – DOI: <https://doi.org/10.31359/9789669986863>.

ISBN 978-966-998-686-3

У збірник включено матеріали, що стосуються обговорення та розв'язання широкого спектра питань забезпечення права людини на охорону здоров'я в умовах воєнного стану, якості імплементації законодавства ЄС у сфері охорони здоров'я в національне законодавство України, у тому числі питань реформування ринку лікарських засобів крізь призму членства в ЄС, забезпечення епідемічної безпеки та захисту прав людей, які живуть з ВІЛ та хворіють на інфекційні захворювання, представників ключових груп з високим ризиком інфікування ВІЛ та туберкульозом, а також питань боротьби з корупцією у сфері охорони здоров'я.

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

УДК 351.77(477)(06)

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 у вкладці «Інфопідтримка» розділу «Збірники матеріалів наукових заходів» (<http://surl.li/kixgu>). Для опису видання чи посилання на нього слід використовувати пряме посилання на збірник або цифровий ідентифікатор об'єкта (DOI).

© Науково-дослідний інститут вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України, 2023

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ:

Батиргарєєва Владислава Станіславівна – докторка юридичних наук, професорка, директорка НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

Лученко Дмитро Валентинович – доктор юридичних наук, професор, проректор з наукової роботи Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

Дорошенко Олександр Федорович – кандидат юридичних наук, судовий експерт, директор НДІ інтелектуальної власності НАПрН України

Пашков Віталій Михайлович – доктор юридичних наук, професор, завідувач лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України, член правління Асоціації фармацевтичного та медичного права

Rudenko Lesia – кандидатка медичних наук, наукова редакторка та координаторка міжнародної співпраці видавництва ALUNA (Республіка Польща)

Гуторова Наталія Олександрівна – докторка юридичних наук, професорка, професорка кафедри кримінального права та кримінально-правових дисциплін Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, головна наукова співробітниця лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

Кашинцева Оксана Юріївна – кандидатка юридичних наук, доцентка, завідувачка відділом прав людини та прав інтелектуальної власності в сфері охорони здоров'я НДІ інтелектуальної власності НАПрН України

Михайліченко Тетяна Олександрівна – кандидатка юридичних наук, доцентка, доцентка кафедри кримінального права та кримінально-правових дисциплін Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, старша наукова співробітниця лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

Забуга Юлія Юріївна – кандидатка юридичних наук, асистентка кафедри кримінального права Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, старша наукова співробітниця лабораторії дослідження

проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

Шрамко Сабріє Сейтжеліївна – кандидатка юридичних наук, старша дослідниця, старша наукова співробітниця відділу кримінологічних досліджень НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України, членкиня Всеукраїнської асоціації кримінального права

Нога Петро Петрович – молодший науковий співробітник лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

Салашна Альона Вікторівна – молодша наукова співробітниця лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

ЗМІСТ

Батиргарєєва В. С.

ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАВДАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я НА ДЕОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ..... 8

Вишневська І. А.

ДО ПИТАННЯ РОЗМЕЖУВАННЯ МЕДИЧНИХ
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СТ. 140 КК..... 15

Ворожбіт-Горбатюк В. В.

ПОТЕНЦІАЛ ТЕОРІЇ ОРТОБІОЗУ У КОНТЕКСТІ ЗМІСТУ
ПРОБАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ «ЗМІНА ПРОКРИМІНАЛЬНОГО
МИСЛЕННЯ» ДЛЯ ПОВНОЛІТНІХ СУБ'ЄКТІВ ПРОБАЦІЇ..... 19

Гаркуша А. О.

ТЕХНОЛОГІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ ТА ПРАВА ЛЮДИНИ 24

Грециова Р. Ю.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-
ПРАВОВИЙ ТА БІОЕТИЧНИЙ ВИМІРИ 28

Гуторова Н. О.

ПЕРЕДАЧА ІНФЕКЦІЙНОЇ ХВОРОБИ ІНШІЙ ЛЮДИНІ:
КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ 32

Забуга Ю. Ю.

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ
ТА ПРОБЛЕМИ..... 36

Кашинцева О. Ю., Сафонова М.

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ УСУНЕННЯ ЗАКОНОДАВЧОЇ
НЕВИЗНАЧЕНОСТІ У ПРАВОВІЙ ОХОРОНІ ЛІКАРСЬКИХ
ЗАСОБІВ 41

Михайліченко Т. О., Рак С. В.

НЕЗАКОННИЙ ОБІГ РЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
В УКРАЇНІ: ПИТАННЯ ЮРИДИЧНОЇ
ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ 44

Moskalenko K.

ECHOES OF LOVE IN UKRAINE: LEGAL PERSPECTIVES
ON POSTHUMOUS REPRODUCTION FOR
GRANDPARENTS-TO-BE, WIDOWERS, AND LGBTQ+PEOPLE 48

Негребецький В. В.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ
В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ
ТА ПОСТВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ..... 51

Нога П. П.

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ТА ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК СКЛАДОВА
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ В КРАЇНАХ-ЧЛЕНАХ ЄС..... 54

Нога П. П.

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ТА ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК СКЛАДОВА
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ В УКРАЇНІ 58

Пашков В. М.

ПРАВОВИЙ СТАТУС АЮРВЕДИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
В УКРАЇНІ ТА СВІТІ..... 62

Пашковський М. І.

НАПАДИ НА МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ ТА МЕДИЧНИЙ
ПЕРСОНАЛ УКРАЇНИ ЯК ГРУБЕ ПОРУШЕННЯ
МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА:
ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇХ РОЗСЛІДУВАННЯ 65

Політова А. С.

ПРИМУСОВА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЯК ФОРМА СЕКСУАЛЬНОГО
НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ:
ПИТАННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ..... 70

Пономарьова О., Іолкіна М.

РОЗШИРЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЗМАМИ
ПРИМУСОВОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВІНАХОДІВ 75

Рєпіна Ю. С.

НОРМАТИВНІ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО
ІНТЕЛЕКТУ ПРИ АНАЛІЗІ БІОМЕТРИЧНИХ ДАНИХ ЛЮДИНИ
У ПРАВООХОРОННІЙ ДІЯЛЬНОСТІ..... 80

Салашина А. В.

ПРАВО НА ШТУЧНЕ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ
В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА 84

Сербіна А. В.

ЮРИДИЧНЕ ВИЗНАННЯ ЦИВІЛЬНИХ ПАРТНЕРСТВ
В УКРАЇНІ ЯК ФАКТОР ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ
РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ:
ЧИ ДІЙСНО ТАКЕ ВИЗНАННЯ ПОТРІБНЕ НЕ ТІЛЬКИ
УЧАСНИКАМ ОДНОСТАТЕВИХ ПАРТНЕРСТВ 88

| | |
|--|-----|
| <i>Сидоренко А. С.</i> | |
| ДО ПИТАННЯ ТРУДОВИХ ГАРАНТІЙ МОБІЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ | 93 |
| <i>Тимофєєва Л. Ю.</i> | |
| ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ: ПРАВА ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ | 98 |
| <i>Шрамко С. С.</i> | |
| БЕЗПЕКА ДОРОЖНЬОГО РУХУ В АСПЕКТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я | 102 |

Батургарєєва В. С.,

*доктор юридичних наук, професор, директор НДІ ВПЗ імені академіка
В. В. Сташиса НАПрН України, головний науковий співробітник
Державної наукової установи «Інститут інформації, безпеки і права»
НАПрН України*

ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАВДАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ДЕОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ

Україна сьогодні не лише приклад відваги на полі бою, а й приклад у підходах до медичного обслуговування цивільного населення, комбатантів та інших учасників зіткнення з обох сторін російсько-української війни. Для нас вже є своєрідною даниною, коли лікарі проводять хірургічні операції без світла у тимчасових спорудах, слабо пристосованих для цього, до того ж на лінії вогню. В той самий час «нормою» є ситуація, коли в невеликих населених пунктах, що потрапили під окупацію, не залишається жодного лікаря. Тому поряд із традиційними для сучасного українського суспільства темами медико-правового характеру сьогодні потребує свого обговорення й низка нових проблем, затримка у розв'язанні яких здатна призвести до складної ситуації у системі охорони здоров'я та зі станом здоров'я нації у цілому.

Війна принесла величезні збитки для будь-якої галузі української економіки. Але особливо відчутними ці збитки виявляються для системи охорони здоров'я. Прямі задокументовані збитки від руйнувань об'єктів охорони здоров'я станом на 24 лютого 2023 р. (рівно через рік з початку війни) склали \$1,8 млрд. Загалом на той час було пошкоджено або зруйновано щонайменше 1 216 закладів охорони здоров'я. Напевно, сьогодні руйнувань і збитків ще на порядок вище. Причому пошкодження об'єктів сфери охорони здоров'я складають близько 1,2% від загальної вартості всіх втрат економіки України. За типами об'єктів охорони здоров'я найбільше внаслідок війни зруйновано чи пошкоджено амбулаторій – 430, та лікарень – 362 [1, с. 8]. Понад половину прямих збитків, спричинених для галузі охорони здоров'я, зосереджені у двох областях – Харківській та Донецькій [1, с. 8].

По мірі звільнення українських територій масив інформація про знищену в буквальному смислі слова медицину лише збільшуватиметь-

ся. Водночас потрібно пам'ятати і про непрямі втрати галузі. Ці втрати значно перевищують прямі збитки внаслідок пошкоджень об'єктів медичної інфраструктури та медичного обладнання. Загальні непрямі втрати у галузі охорони здоров'я оцінюються в \$2,7 млрд. Абсолютна більшість цих втрат припадає на втрати приватних закладів охорони здоров'я через зупинення діяльності внаслідок пошкоджень, безпекової загрози, окупації, а також внаслідок спаду споживчого попиту, зокрема, через переміщення населення з окупованих і прифронтових територій. Решта непрямих втрат галузі припадає на скорочення бюджетних видатків за реалізацію окремих програм [2, с. 32].

Здійснення ефективного медичного обслуговування на деокупованих українських територіях супроводжується великою кількістю *різноманітних викликів*. Адже наша країна ніколи не стикалася з повномасштабною агресією, відповідно не виникало й таких специфічних для мирного часу завдань, які потрібно розв'язувати. У зв'язку із цим медичному персоналу, в умовах воєнного стану доводиться адаптуватися до реалій і викликів війни і фактично по-новому розв'язувати завдання щодо надання планової та екстреної медичної допомоги. Таким чином, швидке та ефективне відновлення медичної системи є стратегічним завданням держави щодо піклування про людей, які жили в окупації [3].

Виникає резонне запитання: а як робота медиків на деокупованих територіях пов'язана з юридичною площиною? Відповімо: медики – це перші, хто стикаються із жертвами збройного конфлікту, хто надає оцінку стану здоров'я таких людей і вживає необхідних заходів, аби стабілізувати стан пацієнтів. Так само медики встановлюють і констатують природні причини смерті і причини загибелі наших громадян. Таким чином, медичний персонал володіє інформацією доказового характеру, що має неабияке значення для формування бази доказів, яка пред'являтиметься у міжнародних судових інституціях або у спеціальному трибуналі, котрий, можливо, буде створений з метою розслідування злочинів рф і покарання винних за злочиння, вчинені в Україні.

Сьогодні цілком очевидно, що підходи до відновлення української системи охорони здоров'я на деокупованих територіях будуть різнитися залежно від тривалості перебування в окупації тих чи інших територій. Принаймні до територій, що перебували в окупації з 2014 р., завдання в цій сфері будуть відмінними від того набору заходів, які мають вживатися на територіях, окупованих після початку повномасштабного втор-

гнення. Це пояснюється тим, що медичні заклади на територіях, які росія окупувала після 24 лютого 2022 р., до початку повномасштабної збройної агресії функціонували в умовах проведеної в Україні медичної реформи. Відповідно, основним завданням після деокупації на таких територіях є:

- відбудова медичної інфраструктури;
- формування штату працівників, які будуть забезпечувати роботу закладів, а так само
 - визначення актуальних потреб пацієнтів та формування відповідних пакетів послуг.

Заклади охорони здоров'я регіонів, територія яких піддавалася тривалій окупації, як відомо, не працювали за принципами реформованої системи надання медичної допомоги. Натомість, на базі їх майна окупаційною владою були створені структури за типом медичних установ країни-окупанта. Тому «переобладнання», інтеграція медичної системи на цих територіях повинна мати комплексний характер, тобто передбачати покроковий перехід до української системи охорони здоров'я [3].

Але ж спільною проблемою для закладів охорони здоров'я, що знаходяться або знаходилися під окупацією ворога, залишаються:

- застаріла та/або зруйнована інфраструктура,
- міграція населення з окупованих територій, і як наслідок, брак медичних працівників,
- відсутність діджиталізації, нормального зв'язку [3],
- погіршення стану санітарно-епідемічної обстановки;
- необхідність оволодіти методиками надання допомоги у випадках неспецифічних для мирного часу пораненнях;
- пошкоджені логістичні шляхи доставки ліків і приїзду карет екстреної медичної допомоги,
- потреба в медичному забезпеченні і медикаментах тощо.

На останньому аспекті слід наголосити докладніше. Як відомо, на окупованих територіях не вистачає багатьох життєво необхідних пацієнтам ліків (серцево-судинних препаратів, препаратів інсулінової групи, препаратів для віл-інфікованих людей та ін.). Але потрібно пам'ятати й про таких пацієнтів, які були учасниками програм замісної підтримувальної терапії. Окупаційна влада повністю закрила це вікно можливостей для хворих на наркоманію людей, адже рф не визнає цю терапію. До речі, вона залишається ледве чи не єдиною країною з колишніх республік СРСР, котра

не визнає лікувальної сили ЗПТ. Тим самим чимало українських пацієнтів були приречені на страждання. До того ж такі люди у плані маніпуляції їх поведінкою стають легкою мішенню для ворога, який може залучати їх до протиправних дій стосовно українських громадян. Отже, ми маємо справу зі злочином проти основоположного права людини на охорону здоров'я. І на прикладі навіть цієї категорії хворих стає очевидним, наскільки необхідно якомога скоріше відновлювати і логістику доставки потрібних ліків, і сам факт забезпечення людей необхідними ліками.

Так само потрібно відверто сказати про кадровий дефіцит фахівців у медичній сфері на деокупованих територіях. За свідченням МОЗ України, лише на Херсонщині і Миколаївщині підсилення потребують 29 лікарень, де є кадровий дефіцит на фахівців 42 медичних спеціальностей: лікарів, лаборантів, медсестер, фельдшерів [4]. Серед найзатребуваніших напрямів – надання медичної допомоги у разі поранень і травм, інфекційних хвороб, медичного супроводу вагітних і дітей, потреба у психологічній підтримці [4]. Кадровий голод долається за рахунок відряджень, відповідно до наказу МОН України «Про затвердження Порядку направлення у відрядження медичних працівників, у тому числі науково-педагогічних працівників закладів вищої (післядипломної) освіти, фахівців з реабілітації для надання медичної допомоги та/або реабілітаційної допомоги» від 9 вересня 2022 р. № 1597 [5], спеціалістів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф до лікарень у звільнених населених пунктах. До речі, сьогодні в Україні запрацювала інформаційна система «Резерв працівників сфери охорони здоров'я для роботи на деокупованих територіях України».

Це, звісно ж, дозволяє покращити якість та ефективність надання медичної допомоги на місцях, а також знизити навантаження на місцевих лікарів. Проте ця проблема не вирішується шляхом відряджень. Адже подібні заходи мають винятковий, тимчасовий характер, до того ж несуть чимало корупційних ризиків. Тут потрібно проводити продуману політику залучення фахівців до роботи на деокупованих територіях на постійній основі. А фактор небезпеки тут грає не на користь бажанню фахівців жити і працювати на територіях, наближених до зон бойового зіткнення. Потрібна якась потужна мотивація для того, щоб медичні працівники працювали саме на таких територіях.

Що стосується необхідності вжиття заходів для покращення санітарно-епідемічної обстановки на деокупованих територіях, то проблема

полягає в «перевантаженні» цих територій загиблими внаслідок ведення бойових дій. Усім відомо ставлення ворожої сторони до смерті своїх же співтоваришів по зброї, коли тіла загиблих залишалися напризволяще. Напевно, жодна зі сторін протистояння не була готова до такої кількості загиблих, яких потрібно десь утримувати. Але ж і прибрані тіла вбитих потрібно десь зберігати.

Крім того, достеменно відомо, що війна є тим подією, на тлі якої розгортаються епідемії. Адже не підлягає жодному сумніву той факт, що виникнення й поширення останніх пояснюється такими умовами, в яких знаходилася армія і мирне населення в зоні ведення воєнних дій та на окупованих територіях. А це, як відомо, антисанітарія, труднощі у проведенні або навіть неможливість проведення протиепідемічних заходів, проблеми з продовольством та питною водою і, як наслідок, загальна ослабленість організму, скупченість людей, відсутність своєчасної медичної допомоги належної якості й рівня, велика кількість стихійних поховань померлих, пошкодження інфраструктури очисних споруд та ін. [6, с. 42].

Ще одна проблема, яка потребує свого розв'язання на деокупованих територіях, полягає в тому, що люди, які знаходилися безпосередньо в тих районах, де велися бойові дії, або у районах, що потерпали чи потерпають від обстрілів, мають ознаки посттравматичного стресового синдрому. Причому йдеться не лише про військовослужбовців, а й про мирне населення. Особи з таким синдромом, як правило, – латентні хворі, адже здебільшого вони не звертаються по фахову допомогу. Водночас це проблема не лише суто медична, а й проблема вживання насамперед заходів медико-соціальної адаптації, що потребує правової регламентації та відповідного матеріального і знову ж таки кадрового забезпечення.

Ще один ракурс проблеми посттравматичного стресового синдрому полягає в тому, що стани тривожності, страхи, порушення сну та ін. здатні призвести до ситуації нанесення шкоди здоров'ю – своєму або своїх близьких. І в такому разі з медико-психологічної ця проблема перетворюється вже на юридичну, оскільки в цьому випадку може йтися про насильницьку злочинність або суїциди, що є фоновим для злочинності явищем.

Вельми актуальною для деокупованих територій залигається проблема загибелі і каліцтва мирного населення від залишених ворогом мін та інших боєприпасів. Це означає, що на державу буде покладатися фі-

нансовий тягар щодо утримання людей, які отримали поранення або залишилися без годувальника. Крім того, потрібні медичні працівники, які були б обізнані з приводу надання допомоги внаслідок саме таких поранень.

Нарешті, ще про одну проблему резонансного суспільно-політичного значення. Сьогодні дуже болячим для суспільства сьогодні є питання колабораційної діяльності українських лікарів. Здавалося б, що ця проблема з юридичної точки зору однозначно вирішується Женевською конвенцією. Проте проблема широко дискутується у суспільстві, адже постійно звучать наративи щодо притягнення лікарів до кримінальної відповідальності. Але, на мій погляд, ця проблема, блекне поруч із проблемою залишення лікарями пацієнтів напризволяще. Адже є такі пацієнти, котрі позбавлення навіть можливості бути евакуйованими через поганий стан здоров'я. Наприклад, чи може людина, яка потребує гемодіалізу, чекати, коли повернеться лікар? Відповідь цілком очевидна...

Звісно ж, це лише частина тих складних питань, що потребують свого обговорення вже сьогодні, аби визначити вектори майбутніх стратегій їх вирішення на деокупованих територіях. На жаль, «каталог» цих проблем згодом лише розширюватиметься, адже війна – це подія з багатьма невідомими.

Список використаних джерел:

1. Звіт про прямі збитки інфраструктури від руйнувань внаслідок військової агресії росії проти України за рік від початку повномасштабного вторгнення. Київ: Офіс Президента України, 2023. 49 с.
2. Проект Плану відновлення України. Матеріали робочої групи «Аудиту збитків, понесених внаслідок війни». Київ: Національна рада з відновлення України від наслідків війни 2022. 86 с.
3. Устінов О. В. Відновлення медичної системи на деокупованих територіях: як це відбуватиметься. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-245039-vidnovlennya-medichnoyi-sistemi-na-deokupovanih-teritoriyah-yak-tse-vidbuvatimetsya.
4. МОЗ: Команда «екстренки» підсилюють медзаклади на деокупованих територіях. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-komandy-ekstrenky-pidsyliuiut-medzaklady-na-deokupovanykh-terytoriiakh>.
5. Про затвердження Порядку направлення у відрядження медичних працівників, у тому числі науково-педагогічних працівників закладів вищої

(післядипломної) освіти, фахівців з реабілітації для надання медичної допомоги та/або реабілітаційної допомоги: наказ МОН України від 9 вересня 2022 р. № 1597. Офіційний вісник України . 2022. № 78. Ст. 4730.

6. Батиргарєєва В. С. Війна та епідемії: незасвоєні уроки. *Правові питання епідемічної безпеки під час воєнного стану*: матеріали міжнар. круглого столу. (16 черв. 2022 р.) електрон. наук. вид. / [уклад.: Т. О. Михайліченко, П. П. Нога]; НАПрН України; НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України; НДІ інтелект. власності НАПрН України [та ін.]. Харків: Право, 2022. С. 40–45.

Вишневська І. А.,

аспірант кафедри кримінального права Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, науковий співробітник науково-дослідної лабораторії Львівського державного університету внутрішніх справ

ДО ПИТАННЯ РОЗМЕЖУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СТ. 140 КК

1. Статтею 140 КК України передбачена кримінальна відповідальність медичних та фармацевтичних працівників за невиконання або неналежне виконання професійних обов'язків, що заподіяло тяжку шкоду пацієнту. Як можна побачити, спеціальним суб'єктом цього складу кримінального правопорушення є медичні та фармацевтичні працівники. Однак серед науковців виникла дискусія щодо можливості включення фармацевтичних працівників до числа медичних працівників. Таким чином, у цьому дослідженні увагу буде приділено питанню розмежування медичних та фармацевтичних працівників.

2. Умовно підходи до визначення суб'єкта складу кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК України, можна поділити на 2 групи: 1) фармацевтичних працівників слід віднести до медичних працівників; 2) фармацевтичні працівники не є медичними працівниками.

Прихильники першого підходу, зокрема Т. Ю. Тарасевич [1, с. 138], З. А. Тростюк [2, с. 100] та Є. Е. Черніков [3, с. 176–177] зазначають, що відповідно до Класифікатора професій ДК 003:2005, затвердженого Наказом Держспоживстандарту України № 327 від 26 грудня 2005 року, провізори були включені в одну кваліфікаційну категорію «Професіонали в галузі медицини», як і лікарі. Це дозволило науковцями зробити висновок про те, що фармацевтичні працівники належать до кола медичних працівників і, у зв'язку із цим, автори пропонують виключити з тексту диспозиції ст. 140 КК вказівку на фармацевтичних працівників.

Протилежної думки дотримуються прихильники другого підходу, які стверджують, що фармацевтичні працівники не належать до числа медичних працівників. Науковці в галузі кримінального права І. М. Філь [4, с. 334], О. М. Лемешко, Т. О. Михайліченко та І. К. Полховська [5, с. 90] зазначають, що в класифікаторі наведені працівники позначені

різними кодами спеціальностей, виконують різні професійні обов'язки та мають різну спеціальність при здобутті освіти.

3. Так, провізор був включений в групу 222 «Професіонали в галузі медицини», яка своєю чергою поділяється на підгрупи. Наприклад, до групи 2221 «Професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології)» належать лікарі та наукові співробітники у зазначеній галузі, а провізори та наукові співробітники у галузі фармації належать до групи 2224 «Професіонали в галузі фармації». Схожий підхід збережено і в чинному Класифікаторі професій ДК 003:2010, затвердженого Наказом Держспоживстандарту України № 327 від 28 липня 2010 року.

Використання у класифікаторах формулювання «Професіонали в галузі медицини» потребує аналізу визначення слова «медицина». Медициною є система наукових знань та практичної діяльності, метою яких є зміцнення і збереження здоров'я, продовження життя людей, попередження та лікування захворювань людини. З цього можна зробити висновок, що як фармація, так і сама лікувальна справа є складовими частинами медицини, адже основним змістом професійної діяльності фармацевтичних та медичних працівників є здійснення заходів, спрямованих на профілактику та лікування захворювань пацієнтів та, відповідно, продовження їх життя. Це дозволяє зробити висновок, що фармацевтичні та медичні працівники об'єднані в одну класифікаційну групу в класифікаторі виключно за принципом зазначеного спрямування їх професійної діяльності.

4. Наступна відмінність між фармацевтичними та медичними працівниками полягає в різному змісті їх професійних обов'язках. Статтею 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо медичного, фармацевтичного працівника та фахівців з реабілітації визначено ідентичний перелік професійних обов'язків, а саме: своєчасно надавати кваліфіковану медичну, лікарську та реабілітаційну допомогу; безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; дотримуватися вимог професійної етики і деонтології тощо. Однак більш детально розкриваються такі обов'язки в Довіднику кваліфікаційних характеристик професій (далі – Довідник), в якому професійні обов'язки диференціюються в залежності від посади та спеціалізації фахівця. Наприклад, до обов'язків лікаря-нефролога входить надання спеціалізованої медичної допомоги нефрологічного профілю, впровадження в практику сучас-

них методів профілактики, діагностики і лікування, проведення консультацій з лікарями інших спеціальностей тощо, а фармацевта – контроль якості лікарських засобів, здійснення моніторингу ефективності та безпеки застосування лікарських засобів, визначення ризиків взаємодії лікарських засобів при їх змішуванні тощо. Це дозволяє зробити висновок про різний зміст та обсяг професійних обов'язків медичних та фармацевтичних працівників.

5. Кваліфікаційні вимоги до медичних та фармацевтичних працівників також слугують розмежувальною ознакою. Так, відповідно до Довідника, фармацевтом може стати лише та особи, яка має вищу освіту другого (магістерського) рівня у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація». Водночас медичними працівниками можуть бути як лікарі, які, згідно з Довідником повинні здобути вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», фельдшери, які можуть мати неповну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», так і молодший медичний персонал, які проходять підготовку на курсах або безпосередньо на місці роботи (медична сестра по догляду за хворими тощо). Окремо потребує застереження, що наведений перелік категорій медичних працівників не є вичерпним.

6. Наведене вище дозволяє зробити висновок, що фармацевтичних працівників неможливо віднести до медичних працівників у зв'язку із тим, що до кожного з цих категорій працівників законодавством висуваються різні кваліфікаційні вимоги, визначається відповідний обсяг знань, якими має володіти особа, та покладаються різні професійні обов'язки.

Список використаних джерел:

1. Тарасевич Т. Ю. Медичний працівник як спеціальний суб'єкт злочину. дис. ... канд. юрид. наук. Київ. 2011. 232 с.
2. Тростюк З. А. Понятійний апарат Особливої частини Кримінального кодексу України. Київ : Атіка, 2002. 154 с.
3. Черніков Е. Є. Кримінальна відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. дис. ... канд. юрид. наук. Одеса. 2020. 288 с.
4. Лемешко А. Н., Полховская И. К., Михайличенко Т. А. Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнения профессиональных обязан-

ностей медичинским или фармацевтическим работником. *Legea Și viața, noiembrie*. 2017. С. 88–94.

5. Філь І. М. Фармацевтичний працівник як суб'єкт злочину, передбаченого ст. 140 КК України «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником». *Часопис Київського університету права*. 2013. №3. С. 330–335.

Ворожбіт-Горбатюк В. В.,

*доктор педагогічних наук, професор, старший науковий співробітник
відділу дослідження проблем кримінально-виконавчого права,
здобувачка третього освітньо-наукового рівня вищої освіти, ОНП
«081 – Право/Law» НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН
України*

ПОТЕНЦІАЛ ТЕОРІЇ ОРТОБІОЗУ У КОНТЕКСТІ ЗМІСТУ ПРОБАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ «ЗМІНА ПРОКРИМІНАЛЬНОГО МИСЛЕННЯ» ДЛЯ ПОВНОЛІТНІХ СУБ'ЄКТІВ ПРОБАЦІЇ

Проблема розроблення і якісного оновлення чинних пробаційних програм в контексті змін соціально-виховної роботи, психологічного супроводу суб'єктів пробації не викликає заперечень. Трансформації усіх аспектів суспільно-правових відносин посилюють суперечності між наявними системними узагальненнями (наприклад, психологічного базису смисложиттєвих орієнтацій суб'єктів пробації і фактичним станом ціннісного розпорощення змістових, організаційно-управлінських і методичних аспектів наявних пробаційних програм [9; 10] і порядку їх реалізації [7], відсутністю чітко визначених умов оновлення змістових і процесуальних аспектів чинних пробаційних програм. Ця публікація також обумовлена суперечністю між визнанням значення теорії ортобіозу, розробленої І. Мечниковим, для розвитку особистості у національному академічному контексті і фактичною незатребуваністю національно обумовленого змістового контенту ортобіотичного підходу у змісті пробаційної програми «Зміна прокримінального мислення» для повнолітніх суб'єктів пробації [10]. Зазначимо тут, що проблема теорії ортобіозу як базису формування смисложиттєвих орієнтацій чи реадaptaції дорослої людини була предметом системних наукових досліджень, наприклад, через призму професійної реадaptaції у дослідженні Є. Базики [1]; емпіричних досліджень оцінки якості життя дорослих людей С. Белякової, Н. Бочаріної, А. Стеценко [3], О. Богучарова О. [4] О. Віговської [5]. Психологічні аспекти теорії ортобіозу презентовано Л. Абсаямовою, В. Ворожбіт-Горбатюк [6], етнопедagogічний контекст розкрито О. Белкіною-Ковальчук [8].

Метою цієї публікації визначено привернення уваги до проблем якісного оновлення змісту пробаційних програм у контексті досягнення такими програмами визначених Законом України «Про пробацію» цілей формування соціально позитивних і значимих змін у структурі особистості повнолітнього суб'єкта пробації. Ця публікація містить міркування і висновки кваліфікаційної наукової праці на тему «Кримінологічний вимір використання пробаційних програм щодо запобігання кримінально-правових порушень».

Відповідно до статті 2 розділу I Закону України «Про пробацію» «пробаційна програма – програма, що призначається за рішенням суду особі, звільненій від відбування покарання з випробуванням, та передбачає комплекс заходів, спрямованих на корекцію соціальної поведінки або її окремих проявів, формування соціально сприятливих змін особистості, які можливо об'єктивно перевірити» [8]. В абзаці 2 пункту 3 Переліку заходів щодо реалізації пробаційних програм зазначено, «якщо вид пробаційної програми судом не визначено, його визначає куратор пробаційної програми з урахуванням результатів оцінки ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення» [7]. У пункті 4 зазначеного вище Порядку наголошено «реалізація пробаційної програми передбачає: складання графіка реалізації пробаційної програми; виконання заходів, передбачених пробаційною програмою; оцінку результатів проходження пробаційної програми; підготовку висновку про виконання заходів, передбачених пробаційною програмою» [7]. У додатку до пункту 10 цього Порядку визначено алгоритм оцінки результатів проходження пробаційної програми, зокрема передбачено рівневе визначення ступеня досягнення мети пробаційної програми (градація низького, середнього і високого рівнів), стислої вербальної характеристики досягнутих змін (позитивної динаміки щодо змін у знаннях, навичках, установках, тощо) [7]. Звернемо увагу на те, що Порядком ототожнено мету і результати реалізації пробаційної програми. Однак, зауважимо, що мету визначають розробники пробаційної програми, а очікувані результати реалізації пробаційної програми мають містити інформацію про ті новоутворення чи відновлені характеристики особи, опановані нею компетентності, що відповідають меті конкретної пробаційної програми. Наприклад, у пробаційній програмі «Зміна прокримінального мислення» для повнолітніх суб'єктів пробації визначено мету: «Досягнути позитивні зміни у поведінці суб'єкта пробації шляхом розвитку та підтримки

у нього навичок конструктивного та критичного мислення, формування навичок рефлексії, планування та постановки цілей, а також сприяння розвитку співпраці у взаєминах з оточуючими та соціально прийнятних норм поведінки» [10]. Разом з тим у цій пробаційній програмі зазначено про те, що методологічно вона ґрунтується на когнітивно-поведінковій психології, її застосування передбачено для повнолітніх суб'єктів пробації, які «схильні до поведінкових проявів без належного розуміння можливих негативних наслідків, не вміють приймати зважені рішення, планувати позитивні зміни у власному житті та визначати його мету» [10]. Ця програма спрямована на створення умов для розуміння особою «...власних дисфункційних (прокримінальних) способів мислення та їх впливу на поведінку, важливості вибору цілей-орієнтирів та просоціальних шляхів їх досягнення, визначення важливих цілей та цінностей у своєму житті» [10].

У змістовій і методичній частині пробаційної програми описано тематику заходів, тренінгових занять. Контекстно запропонована тематика може бути реалізована через призму теорії ортобіозу, яка розроблена відомим ученим-енциклопедистом з опорою на українські традиції і глибинний пласт психології ментального здоров'я І. Мечниковим [6]. Слід звернути увагу на доцільності використання під час реалізації пробаційних програм психологічної структури відновлення чи формування нових смисложиттєвих орієнтацій повнолітніх осіб – суб'єктів пробації, зокрема: культурація потреб → традиції настанов в найближчому оточенні особистісно значимих людей → помірність прояву інтересу → вироблення мотивів конструктивної діяльності → визначення чіткої персонально значимої мети життєдіяльності → осмислення мети через призму ціннісних і соціально детермінованих ідеалів → структурування усвідомленої відповідальності і переконань → здійснення свідомого вибору моделі поведінки з опорою на гігієну в широкому розумінні поняття → об'єктивація цінності і таймінг рівнів я-ідентифікації.

В теорії ортобіозу, розробленій І. Мечниковим, наскрізне значення відіграє гігієна. В реаліях сьогодення гігієна є базисним поняттям формування критичного мислення (інформаційна гігієна), когнітивних навичок (гігієна сприйняття інформації), гігієни довкілля (екологічне мислення), гігієна харчування як основа попередження чи подолання залежностей. Оскільки пробаційні програми реалізуються в певних часових межах, то доцільно відстежувати і фіксувати рівень сформованих

чітко визначених відповідних компетентностей на етапі первинного сприйняття суб'єктом пробації, а також – на етапі завершення пробаційної програми. В окремих випадках може вбачатися доцільність моніторингу поведінки і діяльності суб'єкта пробації після завершення проходження пробаційної програми, що узгоджується з логікою соціально-виховної роботи і психологічного супроводу суб'єктів пробації. Широке інформування і системне підвищення кваліфікації працівників, які розробляють змістовно-методичне забезпечення пробаційних програм, орієнтування змісту таких програм на використання конструктивного національного контенту сприятиме реалізації принципу зв'язку з реальним життям у організованій соціально-виховній роботі з суб'єктами пробації.

Список використаних джерел:

1. Базика Є. Л. Психологічне здоров'я особистості як детермінанта успішної професійної реадаптації. *Психологічні перспективи*. Луцьк, 2012. Вип. 19. С. 20–30.

2. Белкіна-Ковальчук О. В. Формування здорового способу життя за традиціями етнопедagogіки. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки*. Луцьк, 2010. № 13. С. 52–58.

3. Белякова С. М., Бочаріна Н. А., Стеценко, А. І. Емпіричне дослідження особливостей ціннісних орієнтацій дорослих. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2022. № 1, с.77–82. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.15>

4. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2013. 40 с.

5. Віговська О. О. Якість життя як умова конструктивного самозбереження особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2016. 194 с.

6. Ворожбіт-Горбатюк В., Абсаямова Л. Теорія ортобіозу про психологічні особливості смисложиттєвих орієнтацій студентської молоді. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Психологія*. Випуск 2. 2022. С.56–59. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.11>

7. Про затвердження Переліку заходів щодо реалізації пробаційних програм. Наказ Міністерства юстиції України від 28.03.2018 №926/5. Документ z0483–18, поточна редакція від 12.07.2019, підстава – z0611–19. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0483-18#Text>

8. Про пробацію. Закон України. *Відомості Верховної Ради*, 2015, № 13, ст.93. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/160-19#Text>

9. Про затвердження пробаційних програм для повнолітніх суб'єктів пробації. Наказ Міністерства юстиції України від 11.06.2018 № 1798/5. URL : <https://www.probation.gov.ua>

10. Пробаційна програма «Зміна прокримінального мислення» для повнолітніх суб'єктів пробації. 2018. URL : <https://academysps.edu.ua/wp-content/uploads/2020/04/Probacijna-programa-Zmina-prokriminalnogo-mislennja-dlja-povnolitnih-sub-iektiv-probaccii.pdf>

Гаркуша А. О.,

*кандидат юридичних наук, завідувач кафедри цивільного,
господарського і фінансового права Полтавського юридичного
інституту Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого,
провідний науковий співробітник лабораторії дослідження проблем
національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені
академіка В. В. Сташиса НАПрН України*

ТЕХНОЛОГІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ ТА ПРАВА ЛЮДИНИ

Технологізація медицини – це невіддільний процес впровадження та інтеграції передових технологій у всі аспекти сфери охорони здоров'я, і цей процес набирає обертів в останні роки. Він охоплює використання електронних систем обробки медичної інформації, автоматизацію процесів діагностики та лікування, впровадження штучного інтелекту, геноміки та телемедицини. Технологізація безумовно сприяє покращенню доступності, ефективності та якості медичних послуг, але одночасно породжує етичні та правові виклики, які потребують ретельного дослідження та вирішення через їх неминучий вплив на чинну систему прав і свобод людини, зокрема, право на конфіденційність медичної інформації, право на інформований вибір технологій у лікуванні, а також визначення меж втручання технологій у особисту сферу та багато іншого.

Задача аналізу в юридичному вимірі є створення правового середовища, яке б забезпечило баланс між технологічними можливостями та збереженням прав людини. Це є ключовим елементом у формуванні та забезпеченні етичних та правових стандартів [1; 2]. Законодавство повинно визначити чіткі рамки використання технологій у медичній практиці, враховуючи принципи розумності, довіри та справедливого доступу до інновацій. Його роль полягає в гарантуванні прав пацієнтів на конфіденційність, інформований вибір та безпеку використання передових медичних технологій. Зазначимо основні аспекти проблематики технологізації медичної сфери в контексті впливу на права та свободи людини.

Право на конфіденційність та захист персональних медичних даних. Право на конфіденційність медичної інформації є невід'ємною складовою прав пацієнтів. У контексті масового використання електронних систем обробки даних це право набуває нового виміру та масштабів.

Змістом цього права є забезпечення та гарантування того, що особиста медична інформація пацієнта залишається конфіденційною і не може бути розкрита без його інформованої згоди, і ця сфера зазнає найбільшого впливу у контексті широкого використання електронних засобів обробки даних, що вимагає впровадження та забезпечення найвищих стандартів безпеки та прозорості.

У зв'язку із зростанням обсягів електронної медичної інформації обов'язкові заходи безпеки та конфіденційності стають надзвичайно важливими. Першочерговим завданням є визначення та нормативне закріплення чітких та зрозумілих стандартів, які включають шифрування всіх електронних медичних записів, впровадження двоетапної автентифікації для доступу до них та розробка систем моніторингу, які визначатимуть та реєструватимуть кожний акт доступу до інформації, впровадження систем, що забезпечуватимуть реагування на можливі інциденти безпеки, а також підвищення освіти та обізнаності медичного персоналу щодо заходів безпеки та їх ролі у збереженні конфіденційності інформації про пацієнта.

Етика та суб'єктивні права в генетичній медицині. У сучасному світі, де генетичні дослідження стають дедалі більш доступними та розповсюдженими, визначення прав пацієнтів в контексті генетичної медицини стає вкрай актуальною проблемою. Перш за все, право на доступ до власної генетичної інформації визнається невід'ємним елементом прав особи на визначення свого медичного майбутнього. Пацієнт має право отримувати повну та зрозумілу інформацію про результати генетичних досліджень, а також визначати, кому і як ця інформація може бути розкрита. Також, важливим елементом прав пацієнтів у генетичних дослідженнях є право на безпеку своєї генетичної інформації, що передбачає захист від можливого зловживання чи несанкціонованого використання генетичних даних. Розробка чітких стандартів щодо зберігання та обробки генетичної інформації є ключовим елементом для забезпечення цього права. Етична відповідальність у використанні генетичної інформації полягає у збереженні високих стандартів моральності та захисту прав людини. В контексті медичних досліджень необхідно враховувати ризики та можливі наслідки використання генетичної інформації та розробляти відповідні етичні норми.

Керівні принципи використання генетичної інформації включають: прозорість та інформованість; заборона дискримінації; контроль досту-

пу; етична оцінка досліджень тощо. Здійснення генетичних досліджень повинно базуватися на повазі до прав та гідності особи, що допомагати-ме забезпечити збалансований підхід між науковими потребами та етичними принципами.

Телемедицина та дистанційні консультації. Разом із зростанням технологій та популярності телемедицини виникає необхідність відповідного законодавчого регулювання. Передусім, це охоплює створення чітких норм та стандартів для надання дистанційних медичних консультацій. В цьому аспекті важливо визначити обсяг медичних послуг, які можуть бути надані (і тих, що не можуть надаватися) шляхом використання телемедицини, а також встановити стандарти для використання цих технологій. Регулювання також має враховувати аспекти безпеки даних та забезпечення конфіденційності медичної інформації, що передається, опрацьовується та зберігається в електронній формі і це в свою чергу вимагає встановлення механізмів шифрування та захисту інформації від несанкціонованого доступу. Так само актуальним постає питання відповідальності зацікавлених суб'єктів, процедури вирішення конфліктів та особливості можливих наслідків для медичного персоналу або пацієнтів (зважаючи на віддалену дистанційну форму взаємодії).

Штучний інтелект та медицина. Впровадження штучного інтелекту в медичну практику викликає складні етичні та правові питання, що потребують встановлення чітких етичних норм взаємодії штучного інтелекту з пацієнтами та медичним персоналом [3]. В першу чергу, питання конфіденційності даних, інформованої згоди пацієнтів та розумного й справедливого використання алгоритмів, встановлення меж втручання штучного інтелекту в процеси прийняття медичних рішень тощо.

Права пацієнтів у взаємодії з медичними технологіями. Одним із ключових аспектів такої взаємодії є забезпечення права пацієнтів на інформований вибір, повну та зрозумілу інформацію про використовувані медичні технології, їх переваги та можливі ризики. Ще однією важливою складовою прав пацієнтів є право на відмову від використання конкретних медичних технологій, навіть якщо ці технології вважаються стандартом чи загальною рекомендацією (обґрунтована особистими переконаннями, цінностями чи іншими обставинами).

Підсумовуючи слід зазначити, що розвиток медичних технологій в сучасному світі став неосяжним фактором у поліпшенні якості та ефективності надання медичних послуг. Однак, разом із стрімким техноло-

гічним прогресом виникає необхідність в постійному аналізі та адаптації юридичних норм для забезпечення прав, свобод та гідності пацієнтів у цьому новому технологічному ландшафті. Стрімке впровадження медичних технологій породжує низку етичних, правових та прайвесі питань, що зумовлює необхідність відповідної юридичної реакції в сфері нормотворення. Ефективність регуляторної системи прямо залежить від тісної співпраці між медичною та юридичною спільнотами, де перші повинні враховувати юридичні аспекти впровадження нових технологій, а останні – глибше розуміти технічні деталі медичних інновацій. Досягнення балансу потребує дотримання наступних вихідних умов, серед яких: ретельний юридичний аналіз (врахування всіх аспектів використання медичних технологій, включаючи конфіденційність, права пацієнтів та етичні питання); впровадження етичних стандартів; закладення достатньої гнучкості регуляторного фреймворка; навчання та освіта дотичних осіб.

Список використаних джерел:

1. Guidelines on artificial intelligence and data protection. Strasbourg: Council of Europe; 2019 // URL: <https://rm.coe.int/guidelines-on-artificial-intelligence-and-data-protection/168091f9d8> (дата звернення 23.11.2023)
2. European ethical charter on the use of artificial intelligence in judicial systems and their environment. Strasbourg: Council of Europe; 2018 // URL: <https://rm.coe.int/ethical-charter-en-for-publication-4-december-2018/16808f699c> (дата звернення 23.11.2023)
3. Vitalii M. Pashkov, Andrii O. Harkusha, Yevheniia O. Harkusha // Artificial intelligence in medical practice: regulative issues and perspectives. *Wiadomości Lekarskie*, volume LXXIII, issue 12 part 2, December 2020, p. 2722–2728.

Гревцова Р. Ю.,

кандидатка юридичних наук, доцентка, адвокатка; доцентка кафедри службового та медичного права ННІ Київського національного університету імені Тараса Шевченка, членкиня Ради Директорів Всесвітньої асоціації медичного права

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ ТА БІОЕТИЧНИЙ ВИМІРИ

Розшифрування геному людини та винайдення технології редагування геному надали медичній науці та практиці можливості профілактики й діагностики захворювань і лікування пацієнтів у спосіб, який є найоптимальнішим для кожного конкретного пацієнта, адже враховує його генетичні та інші притаманні йому характеристики. Такі можливості спричинили появу нового підходу, який отримав назву «персоналізована медицина».

Дослідницька група «Європейське партнерство з персоналізованої медицини», утворена в межах проєкту «Горизонт Європа» пропонує визначати персоналізовану медицину як «медичну модель, що послуговується характеристиками фенотипів та генотипів осіб (напр., молекулярним профайлінгом, медичною візуалізацією та відомостями щодо способу життя) для підбору правильної лікувально-оздоровчої стратегії» [1].

Важливо відзначити, що персоналізована медицина не тотожна пацієнт-орієнтованій, або пацієнтоцентричній медицині, хоча, безперечно, вона сфокусована саме на пацієнті та його потребах. Персоналізована медицина характеризується тим, що вона точно «заточена під пацієнта» завдяки урахуванню його генотипічних та фенотипічних характеристик. З огляду на це персоналізовану медицину ще називають «прецизійною» (від англійської «precision» – точність) [2], однак в інших джерелах прецизійна медицина розглядається як складник або принцип (точність діагностики) персоналізованої медицини [3], що видається більш виправданим. Серед інших принципів персоналізованої медицини дослідники відзначають: передбачення і попередження захворювань; таргетованість (спрямованість на конкретних осіб) медичних втручань та широку участь пацієнтів [4].

Персоналізована модель використовується, наприклад, в онкології, кардіології, ендокринології, дерматовенерології, офтальмології, для лікування рідкісних (орфанних) захворювань тощо. В умовах повномасштабної війни, розв'язаної російською федерацією проти України, особливого значення набувають можливості застосування досягнень персоналізованої медицини в регенеративній медицині.

Водночас, впровадження персоналізованої медицини, як і будь-якого іншого новаторського підходу, стикається з низкою викликів організаційно-правового та біоетичного характеру.

Загальні засади застосування персоналізованої медицини визначені міжнародними документами, насамперед Конвенцією про права людини та біомедицину (яка підписана, проте, на жаль, досі не ратифікована Україною) та Загальною декларацією про геном людини і права людини. Відносини, що потрапляють під «юрисдикцію» персоналізованої медицини, регулюються в Україні фрагментарно. З-поміж найбільш важливих законодавчих актів у цій царині слід відзначити Конституцію України, Цивільний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» («Основи»), Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини», Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» та інші. Наразі, на відміну від багатьох зарубіжних (зокрема, європейських) країн, в Україні відсутні спеціальні закони щодо генома людини, біобанкінгу та інші. Чинний Закон України «Про державну реєстрацію геномної інформації людини» регламентує обробку геномної інформації з метою її державної реєстрації в Україні, яка, в своє чергу, здійснюється з метою іншою, ніж охорона здоров'я (зокрема, в цілях ідентифікації осіб, які вчинили кримінальне правопорушення, тощо). За таких умов важливу роль у правому регулюванні відносин, що виникають у зв'язку з використанням персоналізованого підходу, відіграють підзаконні нормативно-правові акти, які, на жаль, значною мірою відстають від потреб правового регулювання. Більш того, деякі з ключових нормативно-правових актів, наявність яких передбачена у чинних законах, наразі відсутні. Так, стаття 44 Основ передбачає, що порядок застосування нових методів профілактики, діагностики, лікування, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Однак Міністерством охорони

здоров'я України досі не виданий наказ, який би затверджував такий порядок. Подібним чином, попри приписи статті 45 Основ, порядок проведення медико-біологічних експериментів (зокрема, терапевтичних) досі не врегульований відповідними законодавчими актами. Відчувається нагальна потреба у належному осмисленні організаційно-правових та біоетичних проблем запровадження та розвитку персоналізованої медицини в Україні та віднайденні оптимальних інституційних і законодавчих рішень.

Варто відзначити, що з такими ж проблемами стикаються і в зарубіжних країнах, де персоналізована медицина почала розвиватися раніше, ніж в Україні. Фінський дослідник Р. Лахті, наприклад, виокремлює такі проблемні питання, як «збір та поширення (великих) даних, інформовану згоду, приватність та суспільну довіру, статус пацієнта, що змінюється, та соціальну рівність» [5, с. 4]. Усі вони є актуальними і для України, а деякі з них – «вічнозелені» – стають ще більш відчутними. Йдеться, наприклад, про надання інформації та отримання й оформлення інформованої згоди. Так, чинні форми інформованої згоди, зокрема, форма № 003–б/о, затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 № 110, та форма, вміщена у Додатку 9 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 (із змінами), є недостатньо придатними для фіксації факту надання інформації, необхідної для прийняття пацієнтом усвідомленого рішення, та факту надання пацієнтом своєї згоди на «персоналізоване» медичне втручання. Слід звернути особливу увагу на необхідність визначення правових засад «співіснування» персоналізованого і доказового підходів, адже, як справедливо зазначає О. Россильна, «вітчизняне законодавство на сьогодні слідує принципам стандартизації...» [6, 250]. Вирішення цієї проблеми лежить як у нормативно-правовій, так і в інституційній площині: питання вибору підходів до надання медичної допомоги (послуг), стандартизації та оцінки якості медичної допомоги (послуг) мають бути у значному ступені делеговані лікарському самоврядуванню, у запровадженні якого відчувається нагальна потреба. Ще одним прикладом етико-правових проблем запровадження персоналізованої медицини в Україні є створення умов для розширення доступу до генетичної діагностики, зокрема, в межах програми медичних гарантій. І таких прикладів можна навести чимало. Деякі зусилля щодо вирішення зазначених вище проблем вже

здійснюються, ще більше кроків належить зробити. І в цьому плані важливим є синергетичний ефект, який може забезпечити співпраця медичної і юридичної спільнот.

Список використаних джерел:

1. HORIZON-HLTH-2023-CARE-08–01. European Partnership on Personalised Medicine. Ministère de L'enseignement Supérieur et de la Recherche. Horizon Europe, 2023. URL: <https://www.horizon-europe.gouv.fr/european-partnership-personalised-medicine-33730>

2. The American Cancer Society medical and editorial content team. Precision or Personalized Medicine. American Cancer Society, June 15, 2023. URL: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/precision-medicine.html#:~:text=about%20precision%20medicine-,What%20is%20precision%20medicine%3F,personalized%20medicine%20or%20personalized%20care>

3. Keogh, B. Personalised Medicine Strategy: Board paper. NHS England, PB.24.09.15/05. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/item5-board-29-09-15.pdf>

4. Hill, D. S. Taking a more personalised approach to diagnosis and care: Blog. NHS England, 24 September 2015. URL: <https://www.england.nhs.uk/blog/sue-hill/#:~:text=This%20strategy%20must%20be%20based,more%20participatory%20role%20for%20patients>

5. Lahti, R. «Regulatory Schemes in Innovative Healthcare and Biomedicine.» In: Mansnerus, J., Lahti, R., & Blick, A. A. (Eds.) (2020). *Personalized Medicine: Legal and Ethical Challenges*. (Forum Iuris). University of Helsinki, Faculty of Law. <https://doi.org/10.31885/9789515169419>

6. Росильна О. В. Персоналізована медицина в Україні: правові реалії. *Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів*: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 10 грудня 2020 року / ред. кол. проф. Орлюк О. П., доц. Гревцова Р. Ю., к.ю.н. Суходольська А. А. та ін. – К.: Талком, 2021. – 282 с. – С. 248–253.

Гуторова Н. О.,

*доктор юридичних наук, професор, головний науковий співробітник
лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері
громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН
України*

ПЕРЕДАЧА ІНФЕКЦІЙНОЇ ХВОРОБИ ІНШІЙ ЛЮДИНІ: КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Питання кримінальної відповідальності за передачу інфекційної хвороби від людини, яка хворіє на таку хворобу або є носієм її збудника, іншій (потерпілій) людині в українському кримінальному праві традиційно розглядається в трьох аспектах: 1) інфікування (зараження) вірусом імунодефіциту людини (далі – ВІЛ); 2) інфікування (зараження) іншою, окрім ВІЛ, невиліковною інфекційною хворобою; 3) зараження венеричною хворобою. Поставлення в небезпеку зараження, а також необережне та умисне зараження ВІЛ або іншою невиліковною інфекційною хворобою передбачене в ст. 130 Кримінального кодексу України (далі – КК), необережне або умисне зараження венеричною хворобою – в ст. 133 КК.

Вказані статті, на відміну від переважної більшості інших кримінально-правових приписів, з моменту ухвалення КК у 2001 році не зазнали жодних змін, тобто в цьому випадку законодавець демонструє неприхильну вітчизняному кримінальному праву стабільність кримінального закону. Таку стабільність слід було б палко вітати, якби при визначенні підстав криміналізації зазначених суспільно небезпечних діянь значну роль не відігравав стан медичної науки, яка динамічно розвивається. Йдеться про наявність або відсутність певних методів лікування, їх ефективність, тривалість, наслідки для організму людини тощо.

Аналіз законодавства у сфері охорони здоров'я, кримінального законодавства і практики застосування ст. ст. 130 і 133 КК показує суттєві вади і неузгодженості у криміналізації передачі інфекційної хвороби іншій людині від людини, яка є носієм збудника такої хвороби або хворіє на неї. Йдеться, перш за все, про відсутність у чинному законодавстві України у сфері охорони здоров'я поняття «невиліковна інфекційна хвороба», а також застарілості і відсутності у сучасному класифікаторі хвороб поняття «венерична хвороба» [1]. Щодо останньої, то класифіка-

тор оперує поняттям «хвороба, яка передається переважно статевим шляхом», яке охоплює широкий спектр інфекційних захворювань, які суттєво відрізняються за тяжкістю, а також, ті, що, окрім статевого, можуть передаватися повітряно-крапельним та іншими шляхами. Така ситуація фактично залишає криміналізованим інфікування особи лише одним видом збудника інфекційної хвороби – ВІЛ. Водночас через очевидні недоліки у правозастосовній практиці, пов'язані з недостатнім рівнем професійної підготовки правозастувачів та(або) відсутністю кваліфікованого захисту у кримінальному провадженні, мають місце поодинокі випадки засудження осіб на підставі ст. 133 КК за зараження іншої особи венеричною хворобою, а також на підставі ст. 130 КК – за поставлення в небезпеку зараження туберкульозом, який з невідомих законодавству у сфері охорони здоров'я підстав окремими судами визнавався невиліковною інфекційною хворобою.

Очевидним є і пострадянський підхід до криміналізації інфікування інфекційною хворобою іншої людини. Венеричні хвороби, як і ВІЛ, належать до тих, які передаються статевим шляхом, що виступало одним із критеріїв криміналізації. Інакше складно пояснити встановлення кримінальної відповідальності за передачу венеричних хвороб (ця назва використовувалась у попередніх класифікаторах хвороб), переважна більшість з яких не призводить навіть до короткочасного розладу здоров'я і в сучасних умовах швидко виліковується за допомогою короткострокового прийому лікарських засобів.

Криміналізуючі передачу іншій людині лише певних видів інфекційних хвороб, законодавець залишає поза увагою інші особливо небезпечні інфекційні хвороби, які є небезпечними для життя і за відсутності своєчасного ефективного лікування призводять до смерті людини або тяжкої шкоди її здоров'ю. Прикладами таких хвороб є, зокрема, вірусні гепатити В і С, черевний тиф, холера та інші.

Щодо кримінальної караності поставлення іншої людини в небезпеку інфікування ВІЛ, вчиненого людиною, яка живе з ВІЛ, то це питання потребує переосмислення з урахуванням досягнень сучасної медичної науки. Авторитетні науковці – фахівці в галузі профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу наполягають на тому, що така криміналізація не лише не призводить до зниження рівня розповсюдження цієї інфекції, а, навпаки, має зворотній ефект. Це пов'язано з тим, що люди, які внаслідок поведінкових особливостей мають високий ризик інфікування ВІЛ, відмовляють-

ся від тестування на виявлення цієї інфекції через страх бути покараним за діяння, що мають аморфний ризик передачі ВІЛ іншій людині. Науковці також підтверджують, що при застосуванні кримінального права за поставлення в небезпеку інфікування ВІЛ не враховуються результати сучасних досліджень щодо неможливості або мізерної вірогідності передачі цієї інфекції певними способами (плювання, кусання тощо), а також неможливість передачі ВІЛ статевим шляхом від людини, яка регулярно приймає антиретровірусну терапію і перебуває у стані вірусної супресії [2; 3]. Щодо останньої, то в підготовленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2023 році аналітичній записці «Роль вірусної супресії ВІЛ у покращенні індивідуального здоров'я та зниженні його передачі» містяться такі висновки:

- «Люди, які живуть з ВІЛ, у яких вірусне навантаження не визначається за допомогою будь-якої попередньо кваліфікованої ВООЗ комбінації зразків і платформи для тестування, включаючи висушені зразки плям крові, і продовжують приймати ліки за призначенням, мають нульовий ризик передачі ВІЛ своїм статевим партнерам (партнеркам);

- Люди, які живуть з ВІЛ, мають пригнічене, але виявлене вірусне навантаження та приймають ліки за призначенням, мають майже нульовий або незначний ризик передачі ВІЛ своїм статевим партнерам (партнеркам)» [4].

Викладене свідчить про необхідність перегляду положень чинного кримінального законодавства щодо передачі інфекційної хвороби іншій людині. В межах такого реформування повинен бути змінений вибірковий підхід до кримінальної караності інфікування лише певними видами захворювань. При цьому підставою криміналізації має стати не спосіб передачі інфекції, а небезпечність для життя і тяжкість інфекційної хвороби. З цією метою слід передбачити інфікування особливо небезпечною інфекційною хворобою видом тяжкого тілесного ушкодження, доповнивши відповідним положенням ст. 121 КК. Поставлення в небезпеку інфікування ВІЛ має бути декриміналізоване, як і зараження венеричною хворобою (якщо хвороба, яка передається переважно статевим шляхом, не належить до особливо небезпечних інфекційних хвороб). Такий підхід відповідатиме обґрунтованим медичною наукою підходам щодо профілактики і лікування особливо небезпечних інфекційних хвороб, у тому числі і ВІЛ/СНІДу.

Список використаних джерел:

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
2. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights (2023). Decriminalisation and the end of AIDS: keep the promise, follow the science, and fulfill human rights. *Sexual and reproductive health matters*, 31(1), 2194188. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2194188>
3. Barré-Sinoussi F, Abdool Karim SS, Albert J, et al. Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(7):e25161. doi:10.1002/jia2.25161
4. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Забуга Ю. Ю.,

*кандидатка юридичних наук, старша наукова співробітниця
лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері
громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН
України*

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ ТА ПРОБЛЕМИ

Професійна діяльність медичних працівників, яка полягає у наданні медичної допомоги хворим, належить до вельми ризикових видів діяльності. Доволі розповсюдженими є ситуації, коли під час надання медичної послуги лікар або інший медичний працівник через необережність заподіює шкоду здоров'ю пацієнта, що є підставою для відшкодування останньому матеріальної та моральної шкоди. У таких випадках для медичного працівника має наставати цивільно-правова відповідальність.

Аналіз судової практики свідчить, що в порядку цивільного судочинства медичних працівників майже неможливо притягнути до цього виду юридичної відповідальності [1]. Судові рішення, в яких позовні вимоги позивача задоволені повністю, є надзвичайною рідкістю, як власне і ті рішення, де б позовні вимоги пацієнта були задоволені хоча б частково. Це рівною мірою стосується як тих випадків, коли пацієнт отримав неякісну медичну послугу у приватних, державних чи комунальних закладах охорони здоров'я, так і у випадках, коли медична допомога надавалась лікарем, який здійснював господарську діяльність відповідно до ліцензії на здійснення медичної практики, тобто діяв як фізична особа – підприємець (далі – ФОП). У випадку протиправної діяльності лікаря наставатиме т.зв. деліктна цивільно-правова відповідальність. Відповідачем у таких справах зазвичай виступає не сам лікар або інший медичний працівник, який недбало виконував професійні обов'язки, а медичний заклад, в якому він працює (ч. 1 ст. 1172 Цивільного кодексу України). Саме медичний заклад потім в порядку регресного позову стягує зі свого працівника суму збитків, виплачену за рішенням суду позивачу-пацієнту. Діє презумпція вини заподіювача шкоди: саме заклад охорони здоров'я має доводити відсутність вини медичного працівника під час виконання ним своїх професійних обов'язків. Для цього він клопочеться про про-

ведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги, яку здійснюють клініко-експертні комісії Міністерства охорони здоров'я України та/або управлінь охорони здоров'я (далі – КЕК). Не важко здогадатися, на користь кого зазвичай складається Експертний висновок за результатами проведеної клініко-експертної оцінки у таких випадках.

У справах же, в яких йдеться завдання шкоди здоров'ю під час платного надання лікарем медичної допомоги на підставі договору, настає т.зв. договірна цивільно-правова відповідальність. Доводити вину медичного закладу чи медичного працівника у таких випадках донедавна мав саме пацієнт. Проте на практиці це відбувалось вкрай рідко через необізнаність позивачів-пацієнтів у своїх процесуальних правах, а тому суди відмовляли у задоволення їх позовних вимог через недоведення вини медичного працівника або причинно-наслідкового зв'язку між недбалим виконанням ним професійного обов'язку та шкодою здоров'ю пацієнта. Ситуацію докорінно змінив Верховний Суд (далі – ВС) у складі колегії суддів Касаційного цивільного суду, який у постанові від 30.11.2022 р. у справі № 344/3764/21 (провадження № 61-2466св22) виклав свою правову позицію, відповідно до якої «від пацієнтів не можна очікувати та вимагати точного володіння медичними знаннями. У судовому процесі він має право обмежитися доповіддю, що дасть змогу припустити про порушення з боку обслуговуючого персоналу в силу наслідків, що настали для пацієнта. Тому, з урахуванням принципу розумності, пацієнту, який звернувся до суду за захистом порушених прав, що полягають у завданні шкоди здоров'ю, слід тільки вказати на порушення, а далі тягар доказування покладається на медичну установу чи на лікаря. Вказане не призводить до порушення принципу диспозитивності судового процесу, а навпаки – слугує для забезпечення процесуальної рівності сторін» [2]. Таким чином, ВС прийшов до висновку, що обов'язок доводити вину медичного працівника у справах про відшкодування матеріальної та моральної шкоди пацієнту навіть у випадку договірної цивільно-правової відповідальності має бути покладений на заклади охорони здоров'я або лікарів, які працюють як ФОП.

Неможливість притягнення медичних працівників до цивільно-правової відповідальності суттєво порушує права пацієнтів на відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю. Щоб уникнути порушення цих прав у майбутньому потрібно вдатися до низки кроків, одним із яких має стати обов'язкове страхування професійної відповідальності медичних

працівників. Як справедливо відзначає у своїх дослідженнях С. Б. Булецу, це дозволить ефективно захистити майнові інтереси Страхувальника, а також мінімізувати витрати на відшкодування збитків третім особам [3, с. 122]. Примітним є те, що сьогодні в Україні деякі лікарі, які працюють як ФОП, добровільно страхують свою професійну відповідальність на підставі положень ЦК та Закону України від 07.03.1996 р. №85/96-ВР «Про страхування» (далі – ЗУ «Про страхування»). Страхують професійну відповідальність окремих категорій своїх медичних працівників, зокрема, хірургів, нейрохірургів, лікарів-анестезіологів, стоматологів, акушерів-гінекологів, стоматологів-ортопедів тощо, на добровільних засадах і деякі приватні заклади охорони здоров'я. Водночас у п. 27 ч. 1 ст. 7 ЗУ «Про страхування» передбачено обов'язкове страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом міністрів України (далі – КМУ). Проте на практиці ця норма не діє, адже на сьогодні втратила чинність постанова КМУ, яка у Додатку визначала переліки таких осіб (йдеться про постанову КМУ від 13.04.2005 р. №286 «Про встановлення розміру плати за видачу ліцензії на проведення конкретного виду страхування» зі змінами, затвердженими постановою КМУ від 27.07.2011 р. №802 та Додаток до неї «Перелік видів страхування»). Більш того, не діяла ця норма і раніше, оскільки навіть в положеннях «Переліку видів страхування» не було вказівки на обов'язкове страхування професійної відповідальності медичних працівників.

Варто зауважити, що інститут професійної відповідальності медичних працівників в країнах Європейського Союзу (далі – ЄС) має багаторічну історію і діє в кожній країні. Для прикладу можна навести законодавство Федеративної Республіки Німеччини (далі – ФРН). Так, у П'ятій Книзі «Обов'язкове медичне страхування» Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch або SGB) передбачено § 95e «Страхування професійної відповідальності». Відповідно до його положень, «лікар за договором зобов'язаний адекватно застрахувати себе від ризиків відповідальності, що виникають у зв'язку з його професійною діяльністю. Страхування професійної відповідальності є достатнім, якщо застраховано ризик індивідуальної відповідальності лікаря, який працює за контрактом». Передбачено і обов'язок страхування професійної відповідальності і приватних лікарів в ФРН. Такі вимоги містяться у § 21 «Страхування відповідальності» Типового професійного кодексу поведінки для лікарів,

які практикують у Німеччині (Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte або МВО).

У Литовській Республіці діє Закон «Про права пацієнтів і відшкодування шкоди здоров'ю (03.10.2006 р.)», в якому у ст. 16 «Страхування медичних закладів» передбачено, що заклади охорони здоров'я Литовської національної системи охорони здоров'я, акредитовані для надання особистої медичної допомоги, під час надання особистої медичної допомоги повинні застрахувати свою цивільну відповідальність за шкоду, заподіяну пацієнтам *законними діями лікарів або середнього медичного персоналу*. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності закладів з догляду за особистим здоров'ям національної системи охорони здоров'я Литви за шкоду, заподіяну пацієнтам, здійснює Державний лікарняний фонд, з цією метою утворюючи незалежний фонд страхування закладів з догляду за особистим здоров'ям і цивільної відповідальності за шкоду, заподіяну пацієнтам.

Вимоги наявності інституту страхування професійної відповідальності медичних працівників містяться й у Директиві 2011/24/ЄС від 09.03.2011 р. про застосування прав пацієнтів на транскордонні послуги в галузі охорони здоров'я (далі – Директива 2011/24/ЄС від 09.03.2011 р.). На країни-члени ЄС був покладений обов'язок ратифікувати положення цієї Директиви до 2013 р. У зв'язку з цим, в Латвійській Республіці 25.10.2013 р. за прикладом Швеції та Данії було запроваджено поняття Фонду медичного ризику. Організацію роботи Фонду медичних ризиків забезпечують дві установи, безпосередньо підпорядковані Міністерству охорони здоров'я: Інспекція охорони здоров'я та Національна служба охорони здоров'я. Відповідальність лікаря за шкоду, заподіяну здоров'ю пацієнта, регулюється Законом про лікарську допомогу, Законом «Про практикуючих лікарів», Законом «Про права пацієнтів» і нормами Цивільного законодавства про наслідки договору та відповідальність (ст. 1587–1634), про самовільні дії та ступені вини (ст. 1635–1650), про заподіяння шкоди здоров'ю (ст. 2347–2351).

Підсумовуючи вищевикладене, вивчення позитивного досвіду країн ЄС, які запровадили інститут обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників, та визначення його ефективності на практиці, має важливе значення для запозичення найбільш вдалого досвіду такого страхування в Україні, а тому доволі важливим є подальше дослідження цих питань.

Список використаних джерел:

1. Забуга Ю. Ю. Проблемні питання цивільно-правової відповідальності медичних працівників в Україні. *Вісник Маріупольського державного університету. Серія: Право*. Вип. 23–24, 2022. С. 123–134.
2. Постанова Верховного Суду від 30 листопада 2022 року у справі №344/3764/21 (провадження №61-2466св22). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/107878096> (дата звернення: 01.11.2023 р.)
3. Булецу С. Б. Особливості страхування професійної відповідальності медичного працівника. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2022. № 12. С. 121–126. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.05.22>

Кашинцева О. Ю.,

кандидат юридичних наук, доцент, завідувач відділом дослідження інтелектуальної власності та прав людини в сфері охорони здоров'я НДІ інтелектуальної власності НАПрН України, консультант БО «100 відсотків життя», голова правління ГО «Центр гармонізації прав людини»

Сафонова М.,

студентка 4 курсу бакалаврату навчально-наукового інституту права Київського Національного університету імені Тараса Шевченка, параюрист ГО «Центр гармонізації прав людини»

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ УСУНЕННЯ ЗАКОНОДАВЧОЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ У ПРАВОВІЙ ОХОРОНІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Права інтелектуальної власності на лікарський засіб визначається патентною охороною, охороною ексклюзивності даних досьє лікарського засобу та додатковою охороною в режимі продовження патентних прав як компенсації за час витрачений на отримання реєстраційного посвідчення для виходу ліків на ринок.

Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [1] (далі – Угоди про асоціацію між Україною та ЄС) Україна взяла на себе відповідні зобов'язання в межах статті 221 «Сертифікати додаткової охорони» та збалансувала їх одночасною пріоритетністю сфери охорони здоров'я над майновими правами інтелектуальної власності в межах статті 219 «Патенти та громадське здоров'я».

Водночас, із набуттям статусу кандидата на членство в ЄС, в Україні виникли зобов'язання глибші за гармонізацію законодавства України із *aquis* ЄС – повна імплементація *aquis* ЄС в систему національного законодавства.

Європейське законодавство, як і українське, дотримується чіткого розмежування повноважень органів, які регулюють обіг лікарських засобів та забезпечують нерозголошення даних досьє, та органів, що забезпечують правову охорону ліків, як об'єктів інтелектуальної власності та захисту порушених прав. Саме такий підхід сформовано у Директиві

Європейського Парламенту і Ради 2001/83/ЄС від 6 листопада 2001 року про Кодекс співтовариства щодо лікарських засобів призначених для застосування людиною [2] (далі – Директива 2001/83/ЄС). На рівні національного законодавства це закріплено в Законі України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» та Законі України «Про лікарські засоби». Так першим нормативним актом охороняється інтелектуальна власність, другим – регулюються питання ефективності та безпеки лікарського засобу.

Натомість відповідно до чинного законодавства України, на МОЗ України в процесі прийняття рішення про державну реєстрацію/переєстрацію лікарського засобу дивним чином покладається зобов'язання встановити факт відсутності порушення прав інтелектуальної власності на заявлений лікарський засіб (стаття 37 Закону України «Про лікарські засоби» в редакції від 28.07.2022 та в частині 17 статті 9 Закону України «Про лікарські засоби» в редакції від 04.04.1996.) [3]

Слід зазначити, що така ситуація є абсурдною, адже до компетенції МОЗ України належить лише реєстрація чи відхилення реєстрації лікарського засобу відповідно до рекомендацій ДП «ДЕЦ МОЗ України». Останній здійснює експертизу реєстраційних документів на предмет встановлення якості, ефективності та безпеки відповідного лікарського засобу. Жодної компетенції щодо встановлення чи спростування факту дотримання чи порушення прав інтелектуальної власності на заявлений до реєстрації препарат МОЗ України не має, як не має такої компетенції і у Європейській агенції з лікарських засобів відповідно до зазначеної вище Директиви 2001/83/ЄС.

Станом на сьогодні необхідність з'ясування факту відсутності чи наявності порушення прав інтелектуальної власності при реєстрації лікарського засобу затягує процедуру виходу на ринок генеричних лікарських засобів в середньому на 180 днів, про що свідчить Звіт щодо ТРІПС+ положень в українському законодавстві та рекомендацій щодо їх пом'якшення, виконаний в рамках проекту UNITAID [4].

Узалежнення процедури реєстрації лікарського засобу із правами інтелектуальної власності на нього у міжнародній правовій доктрині визначається через юридичний термін «патентна ув'язка» (patent linkage).

Суттєвим із позиції повної адаптації законодавства України до *aquis* ЄС є усунення норми, яка б передбачала з'ясування факту відсутності чи наявності порушеного права інтелектуальної власності (патентної

ув'язки) органом реєстрації лікарських засобів в ЄС, із Закону України «Про лікарські засоби».

Всі твердження опонентів усунення патентною ув'язки із посиланням на міжнародні зобов'язання України та євроінтеграційні вимоги є маніпуляцією. Жодний міжнародно-правовий акт не містить подібного зобов'язання для України.

Проте, будемо відверті: чи може така вимога «лежати на столі» євроінтеграційного процесу в політичній, а не правовій площині? Однозначно так. І тут політичне вирішення питання має покликатися власне на ақиd ЄС та на усвідомлення того, що патентна ув'язка гальмує вихід на ринок генериків, що в умовах війни та пост воєнного відновлення є виокремленою національній системі охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text

2. Директива Європейського Парламенту і Ради 2001/83/ЄС від 6 листопада 2001 року про Кодекс співтовариства щодо лікарських засобів призначених для застосування людиною URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_013-01#Text

3. Закон України «Про лікарські засоби» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Tex>

4. Звіт щодо ТРІПС+ положень в українському законодавстві та рекомендацій щодо їх пом'якшення, виконаний в рамках проекту UNITAID URL: https://network.org.ua/wp-content/uploads/2020/06/Report_for_print.pdf

Михайліченко Т. О.,

кандидатка юридичних наук, доцентка, доцентка кафедри кримінального права та кримінально-правових дисциплін Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені

Ярослава Мудрого,

старша наукова співробітниця НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташица НАПрН України

Рак С. В.,

к.ю.н., запрошена дослідниця Гетеборзького університету (Швеція)

НЕЗАКОННИЙ ОБІГ РЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ: ПИТАННЯ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Наразі в Україні передбачена адміністративна відповідальність за порушення правил продажу/відпуску рецептурних лікарських засобів без рецепту, зокрема, частинах 1 та 2 ст. 42–4 КУпАП. Але, щоб відповісти на питання ефективності даних норм, слід відповісти на наступні питання:

- Що таке «рецептурні лікарські засоби»?
- В чому небезпека їх незаконного обігу?
- Чи достатньо адміністративної відповідальності за незаконний обіг рецептурних лікарських засобів? Та як часто винні особи притягаються до адміністративної відповідальності?
- Який порядок правового регулювання та охорони суспільних відносин у сфері обігу рецептурних лікарських засобів в ЄС?

1. Рецептурні лікарські засоби – це ті, які підлягають продажу чи відпуску виключно за призначенням лікаря та призначаються на спеціальних рецептурних бланках. До них відносяться антибіотики, протисудомні засоби, гормональні препарати, препарати для лікування артеріального тиску, серцевих хвороб, деякі антигельмінтні препарати, деякі антигістамінні засоби, кроворозріджуючі препарати, антидепресанти, нейролептики та релаксанти, стероїдні лікарські засоби, деякі ліки проти болю, кашлю, заспокійливі. Згідно даних Держлікслужби в Україні близько 60% зареєстрованих лікарських засобів є рецептурними. [1].

2. Небезпека незаконного обігу полягає щонайменше у поширеності практики самолікування та розвитку мультирезистентності. Окрім того,

неконтрольоване вживання населенням рецептурних ліків підвищує вірогідність вживання фальсифікованих чи контрафактних лікарських засобів, які часто поширені через інтернет-аптеки, тощо.

3. Саме тому більшість держав йдуть шляхом віднесення обігу лікарських засобів до найбільш врегульованих видів господарської діяльності, адже позитивні зобов'язання держави щодо захисту життя і здоров'я людини вимагають вжиття заходів щодо обмеження вживання лікарських засобів поза призначенням лікаря, а також недопущення обігу неякісних ліків [2, с. 16].

Насправді не виключенням (але лиш de-jure) є й Україна. Так, відповідно до Закону України «Про лікарські засоби» існує заборона на вільну купівлю-продаж рецептурних лікарських засоби без рецепту. Так само відповідна заборона була встановлена і в п.3 Наказу МОЗ України від 19.07.2005 р. в першій редакції, яким було затверджено «Порядок відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів». Зокрема, було зазначено, що відпуск рецептурних лікарських засобів з аптек та аптечних пунктів без рецепту забороняється. Наразі ж згідно пунктів 3 і 4 Порядку відпуску лікарських засобів і медичних виробів з аптек та їхніх структурних підрозділів, затв. Наказом МОЗ від 19 липня 2005 р. № 360, лікарські засоби, зареєстровані в Україні, екстемпоральні лікарські засоби і медичні вироби, введені в обіг в Україні, відпускаються кінцевим споживачам з аптек та їхніх структурних підрозділів відповідно до цього Порядку та Правил з дотриманням Ліцензійних умов. При цьому забороняється відпуск споживачам з аптечних закладів лікарських засобів та медичних виробів, зазначених у пункті 5 розділу I Правил, без рецепта, крім встановлених законодавством випадків, або за недійсним рецептом.

Отож, маємо заборону, маємо кореспондуюче адміністративне правопорушення (ч. 1, 2 ст. 42–4 КУпАП). Та чи успішно Україна бореться з порушниками встановленого порядку?

Держлікслужба за нашим запитом (№ 3154–001.1/008.0/17–23 від 06.04.2023 р.) надала інформацію, що у 2021 р. кількість розглянутих справ про адміністративні правопорушення, передбачені ч.1 ст.42–4 КУпАП, налічувала лише 11 таких справ (у всіх випадках на порушників було накладено адміністративне стягнення). Натомість у 2022 р. таких справ розглядалося лиш 6 (з відповідним накладенням стягнення). У той

же час ні у 2021 р., ні у 2022 р. справ про порушення особою ч.2 ст.42–4 КУпАП не було [3].

Більш того, санкції, передбачені ч. 1, 2 ст. 42–4 КУпАП, є дуже незначними. Тобто дійсного тягаря для великої аптечної мережі це не становитиме, а отже, не буде і досягатися мета превенції.

4. В світлі євроінтеграційних процесів не слід забувати і працювати в контексті наближення українського законодавства до законодавства ЄС. Даний Союз давно активно працюють в цій сфері: було прийнято низку планів та рекомендацій, що містять політичні зобов'язання, спрямовані на стимулювання дій у державах-членах та посилення міжнародного співробітництва (план дій Європейської комісії щодо боротьби зі зростаючими загрозами стійкості до протимікробних препаратів від 15.11.2011 р., запит та рекомендації по використанню антибіотиків у тваринництві у квітні 2013 р., рекомендації щодо розумного використання протимікробних препаратів у ветеринарії (2015/С 299/04), рекомендації ЄС щодо розумного використання протимікробних препаратів для здоров'я людини (2017/С 212/01), план дій Європейської комісії «Єдине здоров'я» щодо боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів від 29.06.2017 р. та ін.). Та найбільш важливою, як видається, є Директива 2001/83/ЄС від 06.11.2001 р., положення якої встановили обов'язок уповноважених органів при видачі дозволу на продаж класифікувати лікарські засоби як такі, що є лікарськими препаратами, що відпускаються за медичним рецептом, або як такі, що відпускаються без нього. І як наслідок: згідно ч. 1 ст. 118а вказаної Директиви держави-члени повинні встановити правила щодо покарань, застосованих до порушень національних положень, ухвалених відповідно до цієї Директиви, а також вживати всіх необхідних заходів для забезпечення виконання таких покарань. Такі покарання повинні бути дієвими, пропорційними та стримувальними [4]. Як результат, низка європейських країн (приміром, Естонія, Латвія, Німеччина та ін.) запровадили норми, які дозволяють притягнути до юридичної відповідальності, осіб, які здійснюють продаж рецептурних лікарських засобів без рецепту. За характером же санкцій така відповідальність відповідає кримінальній відповідальності в Україні [5, с. 104–105].

Отже, підводячи підсумок, слід відмітити, що встановлена адміністративна відповідальність за незаконний обіг рецептурних лікарських засобів в Україні є суто декларативною і не здатна належним чином за-

безпечити захист відносин у сфері обігу рецептурних ліків. Тож, як видається, законодавець має, враховуючи процеси євроінтеграції, або значно збільшити санкції частин 1 і 2 ст. ст. 42–4 КУпАП, або встановити кримінальну відповідальність за вказані діяння.

Список використаних джерел:

1. Які ліки є рецептурними. 30.03.2023. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області. URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/%D1%8F%D0%BA%D1%96-%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B8-%D1%94-%D1%80%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BC%D0%B8/#:~:text=%D0%A0%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D1%83%D1%80%D0%BD%D1%96%20%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B8%20%E2%80%93%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%8C%D0%BA%D1%96%20%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%2C%20%D1%8F%D0%BA%D1%96,%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B0%D1%8E%D1%82%D1%8C%D1%81%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D1%80%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B0%D1%85.

2. Гуторова, Н. О. (2021). Чорний онлайн ринок лікарських засобів під час пандемії COVID-19: правові засоби протидії. *Форум Права*, 68(3), 15–24. <http://doi.org/10.5281/zenodo.5075677>

3. Відповідь Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками № 3154–001.1/008.0/17–23 від 06.04.2023 р. на запит від 03.04.2023 р.

4. Директива Європейського Парламенту і Ради 2001/83/ЄС від 6 листопада 2001 року про Кодекс Співтовариства щодо лікарських засобів призначених для застосування людиною. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/984_013-01

5. Забуга Ю. Ю., Михайліченко Т. О. Юридична відповідальність за відпуск або продаж рецептурних лікарських засобів без рецепта в Україні та деяких країнах Європейського Союзу. *Форум Права*. 2023;75(2):100–111. <http://doi.org/10.5281/zenodo.7699535>

Moskalenko K.

*Ph.D. in Law, Associate Professor, Associate Professor of Civil Law
Department,
Educational and Scientific Institute of Law,
Taras Shevchenko National University of Kyiv
Visiting Scholar at University Research Priority Program (URPP)
«Human Reproduction Reloaded», University of Zurich*

ECHOES OF LOVE IN UKRAINE: LEGAL PERSPECTIVES ON POSTHUMOUS REPRODUCTION FOR GRANDPARENTS-TO-BE, WIDOWERS, AND LGBTQ+PEOPLE¹

After the outbreak of war in Ukraine in 2022, the legal regulation of posthumous reproduction has become especially crucial. A common scenario involves a widow attempting to use the cryopreserved sperm of her deceased husband, who died while serving military duty in Ukraine. Due to the absence of legislative rules on posthumous use of gametes, legal issues related to the birth of posthumous children regularly arise. Although scholars such as N. Kvit, V. Checherskyi, R. Maydanyk, O. Danchenko, and others have studied the legal aspects of posthumous reproduction in Ukraine, there is currently no unified solution to the associated problems.

One initial issue pertains to access to cryopreserved gametes after one's death. The fewest complications arise when the widow of the deceased husband uses his cryopreserved sperm to conceive a genetically related child, gestate, and give birth. Unfortunately, the application forms for cryopreservation of sperm and embryos, as regulated by the Order of the Ministry of Healthcare of Ukraine «On Establishing the Order of Application of Assisted Reproductive Technologies in Ukraine» (hereinafter referred to as the ART Order) [1], do not include provisions on the posthumous use of gametes. In accordance with the ethical recommendations of the European Society of Human Reproduction and Embryology [2] and the judgment of the European Court of Human Rights (ECtHR) in the case *Pejřilová v. the Czech Republic* [3], issued on March 8, 2023, written consent from the deceased person should have been

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

obtained to use their gametes for posthumous conception. Although Ukrainian legislation does not specify the form of such consent, in practice, couples often use either notarized consent from the military servant or an agreement with the clinics, explicitly indicating the same consent.

A widower attempting to use the ova of his deceased wife faces a less favorable position, as he would be unable to have a genetically related child under Ukrainian legislation. He would need a surrogate to gestate and give birth to the child; however, according to point 6.1 of the ART Order [1], only married couples are eligible for surrogacy.

Grandparents-to-be sometimes attempt to use the cryopreserved genetic material of their deceased son or daughter to have a grandchild. Following the judgment of the ECtHR in the case *Petithory Lanzmann v. France* [4] and the recommendations of the European Society of Human Reproduction and Embryology [2], future legal rules in Ukraine are unlikely to allow grandparents-to-be to engage in posthumous reproduction and the birth of a grandchild. However, some jurisdictions are considering allowing such usage. For example, Israel is contemplating passing a law allowing grandparents to have descendants [5].

The LGBTQ+ community will also have difficulties with posthumous reproduction. E.g., if a partner in a same-sex male couple dies, then his surviving partner will need a surrogate to carry a child, which is not allowed for single men in Ukraine (following point 6.1 of the ART Order [1]). Recently, questions regarding the legal recognition of same-sex unions in Ukraine have become prominent in light of the recent judgment of the ECtHR in the case of *Maymulakhin and Markiv v. Ukraine* [6] and the Draft Law «On the Institute of Registered Partnerships» [7]. Unfortunately, the latter draft law does not include provisions on the access of such couples to assisted human reproduction, which constitutes discrimination against the LGBTQ+ community.

In summary, the aforementioned points lead to several conclusions:

1) There are no rules on posthumous reproduction in the current Ukrainian legislation.

2) Widows can access the cryopreserved material of their deceased husbands to give birth to their common child, provided that written consent of the husband had been obtained.

3) Grandparents are unlikely to access the cryopreserved material of their deceased children, as it contradicts European ethical rules and the practice of the ECtHR.

4) The right of same-sex couples to access assisted human reproduction services in Ukraine is not yet regulated, but there is a tendency to allow it in the near future.

Author's acknowledgment: this text was edited and proofread with the assistance of ChatGPT. ChatGPT has also been used to formulate the title of this publication. No further assistance from ChatGPT or third parties was sought by the author.

Literature:

1. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2023 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text> (дата звернення: 16 листопада 2023 року).

2. ESHRE Task Force on Ethics and Law 11: Posthumous assisted reproduction. Human Reproduction. 2006. Vol. 21, No. 12. pp. 3050–3053. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16923749/> (date of Retrieval: November 16, 2023).

3. Judgment of the European Court of Human Rights in the case of Pejřilová v. the Czech Republic. Application No. 14889/19 dated March 08, 2023. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:\[%22001-221266%22\]%7D](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:[%22001-221266%22]%7D) (date of Retrieval: November 16, 2023).

4. Refusal to allow Claude Lanzmann's widow to export her deceased son's sperm with a view to artificial insemination inadmissible. Press Release issued by the Registrar of the European Court of Human Rights. ECHR 423 (2019) dated 05.12.2019. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng-press#%7B%22itemid%22:\[%22003-6581546-8718168%22\]%7D](https://hudoc.echr.coe.int/eng-press#%7B%22itemid%22:[%22003-6581546-8718168%22]%7D) (date of Retrieval: November 16, 2023).

5. Cook M. Israel studying regulation of post-mortem sperm retrieval. August 23, 2023. BioEdge. Bioethics news from around the world. URL: <https://bioedge.org/beginning-of-life-issues/ivf/israel-studying-regulation-of-post-mortem-sperm-retrieval/> (date of Retrieval: November 16, 2023).

6. Judgment of the European Court of Human Rights in the case of Maymulakhin and Markiv v. Ukraine. Application No. 75135/14 dated June 01, 2023. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22tabview%22:\[%22document%22\],%22itemid%22:\[%22001-224984%22\]%7D](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22tabview%22:[%22document%22],%22itemid%22:[%22001-224984%22]%7D) (date of Retrieval: November 16, 2023).

7. Про інститут реєстрованих партнерств: Проєкт Закону України №9103 від 13.03.2023. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/41497> (дата звернення: 16 листопада 2023 року).

Негребецький В. В.,
кандидат юридичних наук, доцент,
науковий співробітник НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН
України

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ

Станом на 2023 рік понад 3,7 мільярда людей використовують Інтернет. Враховуючи, наскільки легко можна розмішувати вміст публікації, на жаль, існує великий потенціал для необмеженого розповсюдження підроблених новин. Інформаційний вплив став частиною воєнних дій держави-агресора в Україні. Якщо більшість користувачів Інтернету не мають наміру використовувати фальшиві новини з метою отримання прибутку, дані свідчать про те, що середній користувач Інтернету може бути вразливим до поширення неправди (навмисно чи ні) [1]. В інформаційній мережі Інтернет систематично поширюється фейкові новини щодо діяльності органів охорони здоров'я України [2, 3, 4].

Інформаційна безпека України у всіх життєво важливих галузях функціонування держави, в тому числі і в гільі охорони здоров'я, є предметом діяльності правоохоронних органів. Діяльність державних органів щодо охорони здоров'я та епідемічної безпеки в умовах війни тісно пов'язана і багато в чому залежить від інформаційної безпеки. В ці нелегкі часи для нашої держави криміналісти і судові експерти з всього світу об'єднують зусиль для забезпечення безпеки та миру в Україні [5]. В Україні атакують і бомбардують не лише військові частини, але й варварськи руйнують критичну інфраструктуру, зокрема житлові квартали, гинуть мирні жителі та навіть діти. Порушуються основні принципи міжнародного співробітництва та норми міжнародного права. За даними Офісу Генерального прокурора України в Україні станом на 17.11.2023 р. розслідувалось понад 113 000 справ про воєнні злочини держави – агресора. Зафіксовані чисельні випадки руйнувань житлової інфраструктури, вбивств мирних жителів, мародерства та насильства. Також в провадженні знаходиться 16 036 справ про злочини проти національної безпеки [6].

Центр протидії дезінформації (далі – Центр) є робочим органом Ради національної безпеки і оборони України, утвореним відповідно до рішення Ради національної безпеки і оборони України від 11 березня 2021 року «Про створення Центру протидії дезінформації», уведеного в дію Указом Президента України від 19 березня 2021 року № 106 [7, 8]. Центр підпорядкований Раді національної безпеки і оборони України. Центр забезпечує здійснення заходів щодо протидії поточним і прогнозованим загрозам національній безпеці та національним інтересам України в інформаційній сфері, забезпечення інформаційної безпеки України, виявлення та протидії дезінформації, ефективної протидії пропаганді, деструктивним інформаційним впливам і кампаніям, запобігання спробам маніпулювання громадською думкою.

Зокрема, до завдань Центру належать :

проведення аналізу та моніторингу подій і явищ в інформаційному просторі України, стану інформаційної безпеки та присутності України у світовому інформаційному просторі;

виявлення та протидія дезінформації, ефективної протидії пропаганді, деструктивним інформаційним впливам і кампаніям, запобігання спробам маніпулювання громадською думкою.

Для протидії дезінформації необхідно виробити у суспільства інформаційний імунітет. Інформаційний імунітет – це здатність ідентифікувати маніпуляцію, фейк, оцінити рівень їх небезпеки і як їм можна запобігти. Це завдання можна досягнути лише за допомогою підвищення медіаграмотності та дотримання правил інформаційної гігієни, зокрема:

отримувати інформацію лише з офіційних джерел;

не варто реагувати на занадто емоційні повідомлення;

не поширювати неперевірену інформацію [9].

Вважаємо, що задля ефективної боротьби з незаконним інформаційним впливом на світове суспільство необхідно терміново розглянути питання про впровадження в діяльність правоохоронних органів нашої держави передових криміналістичних цифрових інструментів, здатних ефективно протидіяти поширенню неправдивих новин в інформаційному середовищі. Зокрема, є приклади таких сучасних розроблень [1].

Список використаних джерел:

1. AI-Powered Tools for Fighting Fake News (2023). URL: <https://thetrustedweb.org/ai-powered-tools-for-fighting-fake-news/>

2. Фейк про провокації з біологічною зброєю «під чужим прапором». URL: <https://cpd.gov.ua/warnin/fejk-pro-provokacziyi-z-biologichnoyu-zbroyeuyu-pid-chuzhym-praporum/> (дата звернення: 17.11.2023).

3. Фейк про запровадження карантину в Україні. URL: <https://cpd.gov.ua/warnin/fejk-pro-zaprovadzhennya-karantynu-v-ukrayini/> (дата звернення: 17.11.2023).

4. Фейк про відправку медичних працівників на фронт. URL: <https://cpd.gov.ua/warnin/fejk-pro-vidpravku-medychnyh-pracziivnykiv-na-front/> (дата звернення: 17.11.2023).

5. Офіс Генерального прокурора. URL: <https://www.gp.gov.ua/> Звернення. (04.03.2022) URL: <https://crimcongress.com/news/zverнення/>

6. Про національну безпеку України: Закон України від 21.06.2018 р. № 2469-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text>

7. Центр протидії дезінформації. URL: <https://cpd.gov.ua/>

8. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 11 березня 2021 року «Про створення Центру протидії дезінформації»: Указ Президента України від 19.03.2021 р. № 106/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1062021-37421>

9. Інформаційний імунітет. URL: https://cpd.gov.ua/glossary/terms/czpd_royasnuye-shho-take-informacziynuj-i/ (дата звернення: 17.11.2023).

Нога П. П.,

*молодший науковий співробітник лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України;
асистент кафедри цивільного, господарського і фінансового права
Полтавського юридичного інституту Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого*

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК СКЛАДОВА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ В КРАЇНАХ-ЧЛЕНАХ ЄС

З поширенням COVID-19, не тільки в Україні біобезпека та/або епідемічна безпека справедливо стала ключовим, самостійним елементом в сукупності складових національної безпеки, але вона стала важливим складником національної безпеки й в окремих країнах Європейського Союзу (далі – ЄС).

Біологічні та епідеміологічні загрози – це безперервний спектр виликів, від природних захворювань до біологічних, хімічних, радіаційних війн, спалахів захворювання внаслідок військових дій, катастроф природного, антропогенного характеру тощо.

Недарма, в ряді окремих держав ЄС на рівні Стратегій/політик національної безпеки було сформульовано пандемічні загрози як нові виклики національній безпеці, а охорона здоров'я традиційно виступає одним із «стовпів» національної безпеки [1; 2; 3].

Відповідно складником такого компоненту національної безпеки як охорона здоров'я є фармацевтична безпека держави.

Фармацевтичну безпеку можна визначити як стан захищеності населення та фармацевтичної галузі від загроз, що виникають у сферах виробництва, розподілу, споживання й утилізації фармацевтичної продукції. Фармацевтична безпека держави комплексно враховує потребу нівелювання загроз, що пов'язані з розробленням, виробництвом, просуванням, споживанням та утилізацією фармацевтичної продукції в контексті безпеки населення, підприємств фармацевтичної галузі держави, довкілля, а також обороноздатності [4] й економічної незалежності країни [5, с.25].

В контексті цього, чільне місце виділяють державному контролю за якістю лікарських засобів та імунобіологічних препаратів в процесі їх обігу (роздрібною та оптовою торгівлю), який відіграє надзвичайно важливу роль, оскільки якість лікарських засобів напряму пов'язана із такими явищами як: демографічна ситуація, безпека життєдіяльності, соціальна безпека.

У випадку підвищення попиту на продукцію, виникнення сірих сліпих зон, воєнних конфліктів прямо пропорційно підвищується рівень злочинності [6; 7; 8].

Протидія цьому може полягати тільки у налагодженій системі ефективного контролю обігу лікарських засобів та невідворотності покарання.

У державах-членах ЄС (на національному рівні) та самому ЄС створені системи забезпечення та гарантування якості лікарських засобів, що ґрунтуються на останніх досягненнях фармацевтичної науки, а також на системі нормативних актів та стандартів, що регламентують усі ланки обігу лікарських засобів, які є технічним бар'єром для неякісних та потенційно небезпечних лікарських засобів.

Національні законодавства країн ЄС суттєво відрізняються один від одного в контексті процедур та органів контролю (існує моно модель чи множинна організації контролюючих органів, наприклад, в Італії – Італійська агенція з лікарських засобів (Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA), Хорватії – HALMED, Великобританії – Агенція з контролю якості лікарських засобів (MCA), Угорщині – MIQODHM, Польщі – Головний фармацевтичний інспекторат тощо), але мета такого контролю залишається єдина – оперативне забезпечення доступу населення до якісних, безпечних та ефективних лікарських засобів.

На сьогодні основні принципи європейського законодавства у фармацевтичному секторі викладено в Директиві 2001/83/ЄС Європейського парламенту і Ради ЄС від 6.11.2001 р. «Про звіт законів Союзу відносно лікарських засобів для людини». Цей законодавчий документ упроваджує також систему фармакологічного нагляду.

У 2011 році Європейський Парламент та Рада ЄС для захисту ринку Європейського Союзу від фальсифікованих ліків прийняли Директиву 30 2011/62/ЄС «Про внесення змін у Директиву 2011/83/ЄС про звіт законів Співтовариства відносно лікарських препаратів для людини щодо запобігання потрапляння фальсифікованих препаратів у легальні торго-

вельні мережі». Документ набув чинності 1 січня 2013 року, а всі країни – члени ЄС до 2019 року зобов’язані привести власне законодавство і торговельну практику у відповідність до його вимог. Директива, зокрема, передбачає запровадження заходів безпеки, які дадуть змогу здійснювати перевірку автентичності й ідентифікацію упаковок, а також виявляти докази фактів фальсифікації.

Делегований регламент Європейської комісії 2016/161 доповнює Директиву 2001/83/ЄС правилами, які стосуються заходів безпеки під час упаковки лікарських засобів для використання людиною. Регламент було прийнято у жовтні 2015 року. Він набув чинності в лютому 2019 року для всіх держав-учасниць ЄС.

Відтепер фармацевтичні виробники на кожній упаковці лікарського засобу мають містити індивідуальний штрих-код і спеціальна наліпка контролю відкриття. Усі аптеки, зокрема ті, що реалізують лікарські засоби, обов’язково будуть перевіряти справжність цих препаратів перед їх розповсюдженням і реалізацією. Такі показники безпеки допоможуть уберегти громадян від придбання та застосування фальсифікованих ліків, які можуть містити інгредієнти (активні речовини), що мають низьку якість або неправильне дозування та потенційно можуть поставити під загрозу здоров’я пацієнтів. Унікальний ідентифікатор і наліпка (стікер) контролю відкриття на паковані лікарських засобів гарантують справжність ліків на благо пацієнтів та зміцнюють безпеку ланцюга поставок ліків [9].

Таким чином, отримати логотип інтернет аптекам у країнах третього світу практично неможливо. Якщо ж неуважний європейець отруївся, бо не подумався подивитися, чи має продавець таблеток логотип ЄС на своєму інтернет-сайті, то це проблема самої жертви обману.

Отже, констатуємо, що в країнах ЄС простежується новий підхід до складових національної безпеки, де здоров’я та епідеміологічна безпека населення є чи не найважливішими елементами. У зв’язку з глобальними викликами, такими як пандемія, співробітництво між країнами та регуляторами є важливим елементом. Обмін інформацією та координація дій можуть покращити реагування на загрози фармацевтичної безпеки. Ключем до успіху також може стати стандартизація. Належні практики мають бути застосовані не тільки до суб’єктів, але і до повноважених органів, які здійснюють експертні, наглядові та контрольні

функції за діяльністю, пов'язаною з обігом лікарських засобів на всіх етапах життєвого циклу.

Список використаних джерел:

1. Стратегія національної безпеки Чеської Республіки. URL: https://mzv.gov.cz/jnp/en/issues_and_press/x2015_02_05_update_of_security_strategy.html (дата звернення: 01.12.2023).

2. Стратегія національної безпеки Республіки Польща. URL: <https://ork.com.ua> (дата звернення: 01.12.2023).

3. Концепція національної безпеки Республіки Болгарія. URL: https://erjournal.com/journals/24/2016_4_Korchevska.pdf (дата звернення: 01.12.2023).

4. Quinn B. Boris Johnson considered 'raid' on vaccine plant in the Netherlands. The Guardian. 2023. 4 December. URL: <https://www.theguardian.com/politics/2023/dec/04/dutch-media-report-claim-boris-johnson-planned-raid-on-vaccine-plant-in-2021> (date of access: 04.12.2023).

5. Вороніна І. Фармацевтична безпека як складова економічної безпеки держави в умовах інноваційної моделі соціально-економічного розвитку. *Право та інноваційне суспільство*. 2016. №2. С. 24–28.

6. Viral marketing Counterfeits, substandard goods and intellectual property crime in the COVID-19 pandemic. URL: <https://www.europol.europa.eu/publications-events/publications/viral-marketing-counterfeits-substandard-goods-and-intellectual-property-crime-in-covid-19-pandemic> (date of access: 01.12.2023).

7. Trade in Counterfeit Pharmaceutical Products. URL: https://euipo.europa.eu/tunnel-web/secure/webdav/guest/document_library/observatory/documents/reports/Trade_in_Counterfeit_Pharmaceutical_Products/Trade_in_Counterfeit_Pharmaceutical_Products_en.pdf (date of access: 01.12.2023).

8. Pandemic profiteering: how criminals exploit the COVID-19 crisis. URL: <https://www.europol.europa.eu/publications-events/publications/pandemic-profiteering-how-criminals-exploit-covid-19-crisis> (date of access: 01.12.2023).

9. Андрощук Г. Національна безпека: охорона здоров'я, пандемія (COVID-19) і світова торгівля підробленими фармпрепаратами (частина 1). *Наука, технології, інновації*. 2021. №2. С. 52–61.

Нога П. П.,
молодший науковий співробітник лабораторії дослідження проблем
національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені
академіка В. В. Сташиса НАПрН України;
асистент кафедри цивільного, господарського і фінансового права
Полтавського юридичного інституту Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК СКЛАДОВА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ В УКРАЇНІ

Питання безпеки має особливе значення як для держави, так і для суспільства в цілому [1, с. 13].

Відповідно до закону України «Про національну безпеку України» від 21.06.2018 р. №2469-VIII «національна безпека України – це захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних та потенційних загроз, під якими пропонується розуміти явища, тенденції і чинники, що унеможливають чи ускладнюють або можуть унеможливити чи ускладнити реалізацію національних інтересів та збереження національних цінностей України» [2].

Саме захист населення від потенційних загроз є тією метою, досягнення якої можливе лише за умови включення епідеміологічної безпеки до структури національної безпеки. Одночасно національні інтереси України охоплюють ключові питання, які важливі для життя людей, суспільства і держави. Реалізація цих інтересів сприяє забезпеченню державного суверенітету України, її прогресивному демократичному розвитку, а також створенню безпечних умов для життєдіяльності та підвищенню добробуту громадян.

Коли розглядають складові національної безпеки, часто висвітлюють політичний, економічний, військовий, соціокультурний, екологічний та інформаційний аспекти. Законодавець, хоча не згадує прямо епідемічну безпеку як частину національної безпеки, все іноді про неї згадує в аспекті системи охорони здоров'я та невідкладних заходів щодо забез-

печення громадян України медичною допомогою. Такі згадки зумовлені переважно спалахом пандемії COVID-19. На сьогодні, потенційні загрози доповнюються війною та поширенням небезпечних інфекційних та неінфекційних захворювань у зв'язку з цим.

Українське законодавство також в більшості випадків досить побіжно згадує про епідемічну безпеку, її складові та інші аспекти. Хоча, фактично, епідеміологічна безпека є багатоелементним поняттям, куди відноситься і фармацевтична безпека [3; 4].

На фармацевтичному ринку державний контроль за якістю лікарських засобів в процесі їх обігу відіграє надзвичайно важливу роль, оскільки якість лікарських засобів напряму пов'язана із такими явищами як: демографічна ситуація, безпека життєдіяльності, соціальна безпека та навіть національна безпека (як йдеться у рішенні Ради національної безпеки і оборони України (далі – РНБО) «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами» від 25.05.2012) [5].

Ціль – забезпечення населення якісними та ефективними лікарськими засобами відповідає також і Пріоритету 9 проекту Плану відновлення системи охорони здоров'я (який є структурною частиною проекту післявоєнного відновлення України на 2022–2032 рр.) «Відновлення фармацевтичного сектору, покращення доступу та належне використання ліків» [6].

Також, необхідність забезпечення населення якісними та ефективними лікарськими засобами визначається рішенням РНБО від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» введеного в дію Указом Президента України від 18 серпня 2021 року [7].

Виходячи з цього контроль якості лікарських засобів та імунобіологічних препаратів є важливою складовою епідеміологічної безпеки в Україні. Ця процедура спрямована на забезпечення ефективності, безпеки та відповідності стандартам медичних засобів, що використовуються для профілактики, лікування та контролю за захворюваннями.

Основні аспекти контролю якості включають у себе систематичні перевірки та випробування характеристик лікарських засобів, таких як їхні фармакологічні властивості, стабільність, безпека та чистота. Цей контроль здійснюється на всіх етапах виробництва – від початкового виготовлення до реалізації на ринку.

У контексті епідеміологічної безпеки, правильний контроль якості є важливим для належної реакції на епідемічні загрози. Лікарські засоби та імунобіологічні препарати використовуються для профілактики та лікування захворювань, і тому їх ефективність та надійність мають велике значення для здоров'я нації. Контроль якості допомагає уникнути поширення контрафактних чи неякісних препаратів, забезпечуючи безпеку та ефективність медичного втручання.

Державні регуляторні органи та виробники повинні тісно співпрацювати для забезпечення високого стандарту якості лікарських засобів та імунобіологічних препаратів, що використовуються в системі охорони здоров'я. Тільки через такий спільний підхід можна забезпечити ефективний контроль над поширенням захворювань та збереження епідеміологічної безпеки в Україні.

Таким чином, контроль якості лікарських засобів та імунобіологічних препаратів в Україні є важливою складовою системи епідеміологічної безпеки. Цей контроль забезпечує надійність, ефективність та безпеку медичних засобів, які використовуються для боротьби з захворюваннями та їх попередженням. Систематичні перевірки на всіх етапах виробництва гарантують високий стандарт якості, що є важливим чинником у підтриманні здоров'я нації. Ефективний контроль якості також важливий для забезпечення відповідності лікарських засобів стандартам безпеки та для уникнення поширення контрафактних чи неякісних препаратів. Взаємодія між державними органами та виробниками грає ключову роль у забезпеченні високого рівня якості медичних засобів на ринку. Загалом, стабільна система контролю якості сприяє створенню надійного фундаменту для ефективної медичної практики, сприяє здоров'ю громадян та є важливим чинником у збереженні епідеміологічної безпеки в Україні.

Список використаних джерел:

1. Подковенко Т. Національна безпека України: аксіологічний та правовий аспекти. *Актуальні проблеми правознавства*. № 1. 2021. С. 11–18.
2. Про національну безпеку України: Закон України від 21.06.2018 № 2469-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2469-19>. (дата звернення: 01.12.2023).
3. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2019. № 6. С. 19–23.

4. Берест Г. Г., Єренко О. К., Малюгіна О. О., Дуюн І. Ф. Фармацевтичний аналіз лікарських засобів : навчальний посібник до семінарських занять провізорів-інтернів спеціальності «Загальна фармація». Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 166 с.

5. Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами: Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25.05.2012 р. *Офіційний вісник України*. 2012. №67. Ст. 2727.

6. План відновлення України. URL: <https://recovery.gov.ua/> (дата звернення: 01.12.2023).

7. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/u369_21?an=6&ed=2021_08_18 (дата звернення: 01.12.2023).

Пашков В. М.,

доктор юридичних наук, професор, завідувач лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

ПРАВОВИЙ СТАТУС АЮРВЕДИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Під Аюрведою розуміється стародавня індійська медична система, яка стародавніх писаннях, які спираються на «природний» і цілісний підхід до фізичного та психічного здоров'я. Аюрведична медицина є однією з найстаріших медичних систем у світі та залишається однією з традиційних систем охорони здоров'я Індії. Аюрведичне лікування поєднує в собі продукти (в основному отримані з рослин, але також можуть включати тварини, метали та мінерали), дієту, фізичні вправи та спосіб життя [1]. Однак, в Україні відсутнє будь яке визнання на нормативно-правовому рівні аюрведичної медицини. Хоча на багатьох Інтернет сайтах можна зустріти багато рекламної продукції, щодо запрошення на лікування з застосуванням аюрведичної методики лікування, а деякі спеціалізовані медичні та фармацевтичні видання проводять навіть агресивну рекламну політику щодо використання як методів такого лікування так і використання аюрведичних препаратів. Велика кількість таких препаратів, для аюрведичного лікування, реалізується пацієнтам в Україні, через Інтернет магазини.

В багатьох країнах, зокрема США створюються спеціальні програми для навчання лікарів методам і способам аюрведичного лікування. Між тим, дослідники з національного інституту здоров'я США встановили, що деякі аюрведичні препарати містять метали та мінерали. А управління з контролю за продуктами й ліками США попереджає, що наявність металів у деяких аюрведичних продуктах робить їх потенційно шкідливими. В свою чергу ВООЗ дорівнює Аюрведу до інших нетрадиційних способів лікування. У звіті ВООЗ про альтернативну медицину [2] зазначено, що 75% громадян Канади та близько 80% Німеччини протягом свого життя користувалися для лікування засобами нетрадиційної медицини.

Хоча, якщо бути відвертим, дуже багато наукових досліджень щодо позитивного впливу аюрведичних ліків та способів лікування [3, 4, 5, 6],

дослідники намагаються довести, що аюрведичне лікування має відповідну доказову базу. Проте дослідження медиків з інших країн висловлюють іншу точку зору [7].

Чому аюрведа як один із видів нетрадиційної медицини отримав таке поширення? Скоріше всього це агресивна реклама такого способу лікування.

В цілому, «аюрведичні ліки» за своєю суттю є звичайними дієтичними добавками, крім випадків їх державної реєстрації як лікарських засобів. Але відкритим залишається питання щодо їх ефективності, у випадку реєстрації.

Отже, в Україні відпуск та застосування «аюрведичних ліків» повинно відбуватися відповідно до ст. 25 Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності і якості харчових продуктів».

Аналіз продажів аптечного асортименту за I півріччя 2023 року свідчить, що 10% від усіх покупок, що здійснили українці в аптеці, – дієтичні добавки. Для порівняння: у 2022 році цей показник становив 7,8%. А от продаж лікарських засобів знижується. За 6 місяців цього року він склав 79,7%, що на 2,6% менше, ніж минулого року [8].

Необхідно зауважити, що такий стан справ суперечить вимогам Директиви 2002/46/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 10 червня 2002 року про наближення законодавства держав-членів щодо харчових добавок [9] і, як наслідок не лише шкодить здоров'ю пацієнтів, а і залишає відкритим питання приєднання України до ЄС.

Список використаних джерел:

1. Ayurvedic Medicine: In Depth. An official website of the United States government. URL: <https://www.nccih.nih.gov/health/ayurvedic-medicine-in-depth>
2. Купити аюрведичні препарати від глистів для дітей і дорослих з Індії. SVITOVE DEREVO. URL: <https://svitovederevo.com.ua/uk/ayurvedicheskie-preparaty-ot-gelmintov.html>
3. Brecher L, Mikulski MA, Czczok T, et al. A cluster of lead poisoning among consumers of Ayurvedic medicine. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2015;21(4):303–307
4. Gabby Landsverk A 39-year-old woman was hospitalized with lead poisoning after taking popular supplements to treat infertility. 2023. URL: <https://www.insider.com/woman-hospitalized-lead-poisoning-alternative-ayurvedic-infertility-supplements-2023-8>

5. Bhushan Patwardhan Bridging Ayurveda with evidence-based scientific approaches in medicine. EPMA J. 2014; 5(1): 19. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230501/>

6. Anantha Narayana, Sharanbasappa Durg Ayurveda: (W)here is the evidence. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine. Volume 12, Issue 2, April – June 2021, Pages 408–411. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0975947620300590>

7. Singh, Harpreeta, Bhargava, SapnaC; Ganeshan, Saileshb; Kaur, Ravneetb; Sethi, Tavpriteshd; Sharma, Mukeshc; Chauhan, Madhusudanc; Chauhan, Neerjac; Chauhan, Rishipalc, Chauhan, Partapc, Brahmachari, Samir K. Big Data Analysis of Traditional Knowledge-based Ayurveda Medicine. Progress in Preventive Medicine 3(5):p e0020, October 2018. URL: https://journals.lww.com/progprevmed/fulltext/2018/10000/big_data_analysis_of_traditional_knowledge_based.1.aspx

8. МОЗ: Запровадження нотифікації дієтичних добавок – це не лише наближення до ЄС, але й врегулювання ринку таких продуктів. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-zaprovadzhennia-notyfikatsii-diietychnykh-dobavok-tse-ne-lyshe-nablyzhennia-do-ies-ale-i-vrehuliuvannia-rynku-takykh-produktiv>

9. Directive 2002/46/EC of the European Parliament and of the Council of 10 June 2002 on the approximation of the laws of the Member States relating to food supplements (Text with EEA relevance)EUR Lex. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32002L0046>

Пашковський М. І.,

кандидат юридичних наук, доцент, науковий співробітник відділу дослідження проблем кримінального процесу та судоустрою НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

НАПАДИ НА МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ ТА МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ УКРАЇНИ ЯК ГРУБЕ ПОРУШЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА: ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇХ РОЗСЛІДУВАННЯ

Міжнародний збройний конфлікт, спричинений агресією російської федерації проти України, що триває з лютого 2014 року і з 24 лютого 2022 року пов'язаний з широкомасштабним збройним вторгненням російської армії на територію України, серйозної шкоди усім сферам життєдіяльності і зокрема медичній інфраструктурі. За інформацією Міністерства охорони здоров'я України станом на 7 листопада 2023 року за період з 24 лютого 2022 року внаслідок збройного конфлікту росія пошкодила 1468 об'єктів медичних закладів України, ще 193 було зруйновано вцілент, пошкоджено 103 автомобілі екстреної медичної допомоги, знищено – 253, захоплено ворогом – 125 автівок, що перешкоджає медичним працівникам ефективно надавати медичну допомогу, працювати, та створює додаткове навантаження на медичну систему (найбільші втрати зазнали медзаклади Харківщини, Донеччини, Миколаївщини, Київщини, Чернігівщини та Херсонщини). Разом з тим, попри загрози війни, постійно проводиться й відновлення медичної інфраструктури. Станом на початок листопада 2023 року повністю відновлено 421 об'єкта медзакладів, ще 413 об'єктів відновлено частково [1]. Ці дані узгоджують з інформацією незалежних дослідників (спільного проєкту організацій eyeWitness to Atrocities (eyeWitness), Insecurity Insight, Медійної ініціативи за права людини (MHR), Physicians for Human Rights (PHR), та Українського центру охорони здоров'я (УНС)), які займаються документуванням пошкоджень, завданих медичному сектору України та станом на 11 вересня 2023 року зафіксували 1156 атак на систему охорони здоров'я з 24 лютого 2022 року, пошкодження або руйнування 540 закладів охорони здоров'я та завдання смерті 160 медичним працівникам

[2]. Втрати у секторі охорони здоров'я внаслідок війни ще в травні 2023 року оцінювалися у 2,5 мільярди доларів США [3].

Внаслідок таких атак та завданих пошкоджень чи знищення об'єктів медичної інфраструктури, смерті медичних працівників створюються серйозні перешкоди для доступу населення до медичної допомоги, а отже страждає право на здоров'я. В одному зі звітів про результати документування та аналізу нападів на медичний сектор України зроблено висновок, що «напади на систему охорони здоров'я України є воєнними злочинами і являють собою поведінку, яка потенційно може становити також злочини проти людяності» [4].

Міжнародним гуманітарним правом встановлюється спеціальний (додатковий до захисту цивільних об'єктів та цивільних осіб) правовий режим захисту цивільних медичних закладів та їх працівників від наслідків війни. Так, відповідно до ст. 18 (1) Конвенції про захист цивільного населення під час війни, цивільні лікарні, організовані для надання допомоги пораненим, хворим, інвалідам та породіллям, за жодних обставин не можуть бути об'єктом нападу, натомість вони завжди користуються повагою сторін конфлікту й перебуватимуть під їхнім захистом [5]. Захист, на який мають право цивільні лікарні, може припинитися, якщо вони використовуються, крім виконання гуманітарних обов'язків, для вчинення дій, шкідливих для супротивника, однак, цей захист може бути припинено лише після відповідного попередження, у якому в усіх відповідних випадках встановлено обґрунтований строк, і після того, як таке попередження залишилося без уваги. (ст. 19 Конвенції) [5]. В українському перекладі допущено помилку і зазначено: «не може припинитися». На доповнення спеціального правового режиму захисту медичних закладів, та їх працівників, санітарних транспортних засобів, передбачено ст.ст. 18–22 Четвертої Женевської конвенції [5]. Перший додатковий протокол до Женевських конвенцій містить додаткові положення, які уточнюють цей правовий режим (ст.ст. 12–18 [6]). Для інших цивільних об'єктів такий додатковий правовий режим захисту не передбачено (зокрема, ст. 52 Протоколу I до Женевських конвенцій [6]). Звичаєві норми МГП також містять корпус, під назвою: «Медичний та духовний персонал, медичні та релігійні об'єкти» як осіб та об'єктів, що перебувають під особливим захистом» (норми 25–30) [7]. Отже, принцип поваги та захисту медичних працівників, які надають медичну допомогу, включений

у всі Женевські Конвенції та додаткові протоколи до них, а також у звичаєве міжнародне право.

Порушення вказаних положень ставить питання про відповідальність як російської федерації (як учасника вказаних міжнародних договорів), так і її представників – фізичних осіб, які є відповідальними за вказані напади на медичні заклади та медичних працівників. Вказані події, як правило пов'язані з порушенням вимог, передбачених ст.ст. 48, 50, 52 (щодо проведення розрізнення між об'єктами під час нападу та заборони зокрема, невибіркових і непропорційних нападів), 57 (щодо вжиття запобіжних заходів) Протоколу I до Женевських конвенцій [6], а також ст.ст. 18–19 Четвертої Женевської конвенції [5] щодо загальної заборони нападу на медичні заклади. Викладене з урахуванням положень ст. 85(3), 85(5) Протоколу I до Женевських конвенцій [6] вказує, що такими нападами грубо порушується МГП, тобто вчиняються воєнні злочини, які підлягають кримінально-правовій кваліфікації за ст. 438 КК України як інші порушення законів та звичаїв війни, що передбачені міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, у т.ч. як віддання наказу про вчинення таких дій щодо уповноважених осіб, які розпорядилися за такі напади (у разі смерті цивільних осіб, зокрема медичних працівників такі напади кваліфікуються за ч. 2 ст. 438 КК).

Кількість та характер кримінальних проваджень, досудове розслідування яких проводиться за фактами нападів на медичні заклади, у т.ч. коли спричинено смерть або тілесні ушкодження медичним працівникам чи пацієнтам, офіційно не оприлюднювалося, хоча Офіс Генерального прокурора веде облік таких випадків [8]. З іншого боку існує громадянська ініціатива з мапування та документування таких випадків [2].

Проведення досудового розслідування кримінальних проваджень про такі напади має певні особливості, у т.ч. інформаційного характеру. По-перше, встановлення характеру і розміру завданих пошкоджень вимагає встановлення стану будівлі, обладнання перед нападом, що може підтверджуватися не лише обліковими документами, а даними про візуальний стан вказаних об'єктів (наприклад, фотографіями), що має спростити визначення причин пошкоджень та довести вказані обставини. Крім того, у випадку вказаних нападів найближчими до місця події можуть виявлятися медичні працівники, керівники відповідних медичних закладів, які мають взяти на себе ініціативу (після надання постраждалим

медичної допомоги) з фіксації та документування завданої нападом шкоди, збереженням слідів нападу до прибуття підрозділів ДСНС та слідчого, прокурора, що вимагає додаткової підготовки таких працівників.

Зважаючи, що інформація про усі напади, що вчиняються проти медичних закладів України, медичні транспортні засоби може вказувати на існування загальної практики нападів проти сектору охорони здоров'я України, наприклад, з метою її перевантаження, відволікання ресурсів від надання медичної допомоги захисникам України тощо, щодо цих випадків повинне бути проведене структурне розслідування [9] з метою перевірки наявності в них ознак систематичності, що своєю чергою ставить питання про структурування зібраної слідчими, прокурорами інформації (у т.ч. доказів, у тому числі від неурядових організацій – документаторів) про ці події в спеціалізованій інформаційній базі з управління та аналізу доказів. Однак функціонування такої інформаційної бази наразі не передбачено, очевидно, що вона не охоплюється Інформаційно-телекомунікаційною системою досудового розслідування, що передбачена ст. 106–1 КПК України, яка обмежена лише інформаційно-телекомунікаційною системою досудового розслідування «iКейс», що діє для потреб антикорупційних органів [10]. Отже, зміст ст. 106–1 КПК України має бути розширено. У випадку встановлення систематичності вказаних нападів та їх взаємозв'язку, певного сталого патерну поведінки російських військових при здійсненні таких нападів доцільним буде об'єднання таких досудових розслідувань в одне провадження, зосереджене на нападах на медичні заклади України та медичний персонал з відповідною пріоритезацією такого розслідування та комунікацією з Офісом прокурора Міжнародного кримінального суду для надання йому відповідних повідомлень про ці злочини.

Тези підготовлені на виконання фундаментальної теми «Теоретико-правові проблеми цифровізації кримінального провадження в Україні» (№ державної реєстрації в УкрІНТЕІ: 0121U114401).

Список використаних джерел:

1. За понад 20 місяців війни РФ вже пошкодила 1468 об'єктів медзакладів та ще 193 зруйнувала щент. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/za-ponad-20-misjativ-vijni-rf-vzhe-poshkodila-1468-ob'ektiv-medzakladiv-ta-sche-193-zrujnuvala-vschent-> (дата звернення: 17.11.2023).

2. Атаки на охорону здоров'я в Україні. *Attacks on Health Care in Ukraine*. URL: <https://www.attacksonhealthukraine.org/> (date of access: 17.11.2023).

3. Віктор Ляшко: наша мета – відбудувати краще, ніж було. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/viktor-ljashko-nasha-meta-vidbuduvati-krasche-nizh-bulo> (дата звернення: 17.11.2023).

4. Destruction and Devastation. One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. 2023. 79 p. URL: <https://sind-storage.ams3.cdn.digitaloceanspaces.com/media/attacksonhealthukraine/REPORT-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb-21-2023-ENG-WebOptimized.pdf> (date of access: 17.11.2023). P. 63.

5. Конвенція про захист цивільного населення під час війни (укр/рос): Конвенція ООН від 12.08.1949 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154#Text (дата звернення: 17.11.2023).

6. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 8 червня 1977 року (укр/рос) : Протокол ООН від 08.06.1977 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_199#Text (дата звернення: 17.11.2023).

7. Звичаєве міжнародне гуманітарне право. Норми. *Український часопис міжнародного права*. 2006. №2. С. 7–16. URL: https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/ukr-irrc_857_henckaerts.pdf (дата звернення: 17.11.2023).

8. Пресконференція Андрія Костіна про роботу прокуратури за рік повномасштабної агресії РФ. *Головна – Офіс Генерального прокурора*. URL: <https://www.gp.gov.ua/ua/posts/preskonferenciya-andriya-kostina-pro-roboti-prokuraturi-za-rik-povnomasstabnoyi-agresiyi-rf> (дата звернення: 20.11.2023).

9. Пашковський М. І., Барабаш А. А. Метод структурних розслідувань міжнародних злочинів: міжнародний досвід, цифровізація і можлива роль Збройних Сил України. *Наукові дослідження у сфері протидії злочинності* : матеріали наук. конф. за підсумками роботи фахівців НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України за фундам. темами у 2022 р. (м. Харків, 6 груд. 2022 р.). м. Харків, 6 груд. 2022 р. Харків, 2023. С. 208–211.

10. Про інформаційно-телекомунікаційну систему досудового розслідування «іКейс» : Наказ НАБУ від 15.12.2021 р. № 175/390/57/72. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0390886-21#Text> (дата звернення: 17.11.2023).

Політова А. С.,
доцентка, кандидатка юридичних наук,
доцентка кафедри права Маріупольського державного університету

ПРИМУСОВА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЯК ФОРМА СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ: ПИТАННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ

Аналізуючи наукові джерела з питань примусової стерилізації, варто відзначити, що вона має місце не тільки в умовах збройного конфлікту, а як захід стримування росту населення. Наприклад, з 1996 по 2000 рік уряд Перу реалізував Національну програму *Salud Reproductiva y Planificación Familiar* (PNSRPF), яка мала на меті надати більший доступ до стратегії планування сім'ї (основне завдання – скорочення бідності). Методи реалізації цієї програми – перев'язка маткових труб і вазектомія. Проте, такі методи контрацепції проводилися примусово (точна кількість постраждалих не встановлена), але, наприклад, станом на вересень 2017 року уряд визнав, що щонайменше 4740 жінок і 133 чоловіки були примусово стерилізовані відповідно до PNSRPF і відображають ці дані 13 із 25 регіонів [1]. Станом на вересень 2019 року офіційно було визнано близько 2000 постраждалих жінок.

Що ж стосується збройного конфлікту, то варто згадати справу «Прокурор проти Домініка Онгвена» (*The Prosecutor v. Dominic Ongwenno*. – ICC-02/04–01/15), у якій Міжнародний кримінальний суд вперше у міжнародній судовій практиці визнав обвинуваченого винним у скоєнні злочину примусової вагітності як злочину проти людяності та воєнному злочину, відповідно до статей 7(1)(g) та 8(2)(vi) Римського статуту [2].

Сьогодні реалії свідчать про те, що повномасштабне вторгнення російської федерації на території України змінила наше ставлення до норм міжнародного гуманітарного права. Ще на початку «гібридного» збройного конфлікту навесні 2014 року світова спільнота та її пересічні громадяни України не усвідомлювали «апетити» країни-агресорки та вищого керівництва цієї держави. Саме ранок 24 лютого 2022 року, який для всіх розпочався з бомбардування, показав світу справжнє обличчя «брата», оскільки у міжнародних документах є пряма заборона – забороняється будь-яким способом атакувати чи бомбардувати незахищені

міста, селища, житлові будинки чи споруди. Але найстрашніше із того, що можуть робити російські військовослужбовці стане відомою згодом.

Після 24 лютого через два-три місяці у засобах масової інформації починається з'являтися інформація про випадки сексуального насильства щодо цивільного населення (жінок і дівчат різного віку). Значна частина постраждалих наважилася повідомити про це лише після виїзду із зони воєнних дій та перебуваючи за кордоном, оскільки мали місце випадках вагітності.

Що ж стосується примусової стерилізації, то аналіз окремих положень нормативно-правових актів з міжнародного права дозволяє відзначити наступні аспекти:

- **до злочинів проти людяності** належить будь-яке з таких діянь, що вчиняється в рамках широкомасштабного або систематичного нападу на будь-яких цивільних осіб, і якщо такий напад вчиняється свідомо: вбивство; винищення; поневолення; депортація або насильницьке переміщення населення; тюремне ув'язнення або інше жорстоке позбавлення фізичної волі на порушення основоположних норм міжнародного права; катування; звалтування, сексуальне поневолення, примушування до проституції, примусова вагітність, *примусова стерилізація* (вид. – А. С. П.) або будь-які інші форми сексуального насильства співставної тяжкості; переслідування будь-якої групи або спільноти, що може бути ідентифікована за політичними, расовими, національними, етнічними, культурними, релігійними, гендерними або за іншими мотивами, які повсюдно визнані неприпустимими згідно з міжнародним правом; насильницьке зникнення людей; злочин апартеїду; інші нелюдські діяння аналогічного характеру, які полягають в умисному завданні сильних страждань, або серйозних тілесних ушкоджень, або серйозної шкоди психічному або фізичному здоров'ю (ст. 7 Римського статуту);

– Сторони вживають необхідних законодавчих або інших заходів для забезпечення того, щоб було **криміналізовано** такі форми умисної поведінки:

а) проведення абортів жінці без її попередньої та інформованої згоди;

б) *проведення хірургічного втручання, метою або наслідком якого є припинення здатності жінки до природної репродукції без її попередньої та інформованої згоди або розуміння процедури* (вид. – А. С. П.) (ст. 39. Примусовий аборт та примусова стерилізація Конвенції Ради

Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами (Стамбульська конвенція) [3].

Отже, чіткого визначення дефініції «примусової стерилізації» у Римському статуті Міжнародного кримінального суду не надано на відміну від Стамбульської конвенції. Аналіз судових вироків свідчить про те, що національні суди не застосовують положення цієї Конвенції, не дивлячись на те, що у преамбулі відзначається про можливість її застосування і в умовах збройного конфлікту.

Окрім того, Женевською конвенцією про захист цивільного населення під час війни заборонено відповідно до ст. 3 насильство над життям й особистістю, зокрема всі види вбивства, а до ст. 27 жінки потребують особливого захисту від будь-якого зазіхання на їхню честь, і, зокрема, захисту від зґвалтування, примушування до проституції чи *будь-якої іншої форми посягання на їхню моральність*. Додатковий протокол № 1 від 8 червня 1977 року до Женевської конвенції щодо захисту жертв міжнародних збройних конфліктів ст. 76 Захист жінок підкреслює, що жінки, користуються особливою повагою і їм забезпечується захист, зокрема, від зґвалтувань, примусу до проституції і *будь-яких інших форм непристойних посягань* (вид. – А. С. П.).

Стаття 134 КК України встановлює відповідальність за незаконне проведення абортів або стерилізації, а саме у ч. 4 та ч. 5 цієї статті мова де про примушування до стерилізації. О. П. Дьоміна відзначає, що на підставі аналізу оприлюднених матеріалів судової практики в частині відповідальності за незаконне проведення абортів або стерилізації констатовано вкрай обмежену кількість кримінальних справ цієї категорії. Це очевидно обумовлене, не останньою чергою, високим ступенем латентності злочинних абортів, очевидним небажанням потерпілих (або їх близьких) публічно заявляти про факт вчинення злочину, навіть за умови настання тривалого розладу здоров'я чи інших тяжких наслідків. Ще одною причиною відсутності вироків може бути практична складність розслідування цього виду «медичного» злочину і, відповідно, установлення вини обвинуваченого [4, с. 173]. Окрім того, дослідниця вважає, що вітчизняний законодавець пішов далі конвенційних орієнтирів, коли передбачив у ч. 2 і ч. 4 ст. 134 КК, відповідно, примушування до абортів / стерилізації без добровільної згоди потерпілої особи. Хоча особливого сенсу в такому кроці немає: у теорії кримінального права

ознака примушування (переважно як форми психічного насильства) традиційно виключає згоду потерпілого; ці поняття є *a priori* такими, що виключають одне одного. Очевидно, що в разі примушувального впливу на потерпілу особу, її згода на аборт чи стерилізацію буде відсутня взагалі, або ж вона матиме вимушений, точно не добровільний, характер [4, с. 171].

Департаментом протидії злочинам, вчиненим в умовах збройного конфлікту Офісу Генерального прокурора України станом на 13 грудня 2023 року обліковано 258 фактів сексуального насильства в умовах конфлікту з початку повномасштабної військової агресії, зокрема щодо 96 чоловіків, 162 жінок, серед яких 14 неповнолітніх (13 дівчат і 1 хлопець). Серед діянь, які вчинені російськими військовослужбовцями – зґвалтування, каліцтво або насильство над статевими органами, примусове оголення, погрози та спроби зґвалтування, примус дивитися на сексуальну наругу над близькими особами тощо. Розкрито злочинів цієї категорії – 68, проте вироків у Єдиному державному реєстрі судових рішень – 2. Це свідчить про те, що фактів примусової стерилізації офіційно поки не обліковано, але виключати таких діянь – не варто.

Цікавим є також і той аспект, що Проектом Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо імплементації норм міжнародного кримінального та гуманітарного права» (реєстр. № 2689 від 27.12.2019) пропонувалися також і зміни до Розділ XX. Кримінальні правопорушення проти миру, безпеки людства та міжнародного правопорядку КК України, проте не стосувалися саме питання примусової стерилізації. Так, беззаперечно, у зазначеному проєкті вживається двічі термінологія «примова стерилізація», але вона ніяким чином не стосується саме нормативного визначення цього терміну або визначення способів вчинення цих діянь.

Також залишається дискусійним питання і кваліфікації, адже як нами вже відзначалося, у випадку вчинення таких діянь російськими військовими в умовах збройного конфлікту, то вони також підпадають під ст. 438 КК України. Разом з тим, об’єктивна сторона охоплює не всі протиправні діяння, які можуть бути вчинені щодо потерпілої особи. Виходячи із викладеного, пропонуємо, кваліфікувати такі діяння за сукупністю кримінальних правопорушень, передбачених ст. 134 та ст. 438 КК України [5, с. 89–90].

Список використаних джерел:

1. Forced Sterilizations as a Crime Against Humanity. Amicus Curiae Brief of the War Crimes Research Office at American University Washington College of Law. Submitted to the Despacho de la Tercera Fiscalía Superior Penal De Lima Señor Fiscal Luis Landa Burgos. Submitted November 2, 2017. URL: <https://www.wcl.american.edu/impact/initiatives-programs/hracademy/documents/amicus-on-forced-sterilizations/>
2. «Прокурор проти Домініка Онгвена». Огляд рішення Міжнародного кримінального суду. URL: <https://jurfem.com.ua/prokuror-proty-dominika-onhvena-ohkyad-mks/>
3. Римський статут Міжнародного кримінального суду 1998 року URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_588#Text
4. Дьоміна О. П. Про юридичну ознаку потерпілого від незаконного проведення абортів або стерилізації. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2023. № 78. Т. 2. С. 168–173.
5. Політова А. С. Кримінальна відповідальність за репродуктивне насильство в умовах збройного конфлікту. *Завдання кримінального права в умовах надзвичайного стану*. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю утворення Національного університету «Одеська юридична академія». Одеса, 9 грудня 2022 року. Укладачі: Є. Л. Стрельцов, В. П. Кедик. Відп. редактор Є. Л. Стрельцов. Одеса: ПРЦ НАПРН України, НУ «ОЮА», 09.12.2022. С. 87–90.

Пономарьова О.,

*кандидат юридичних наук, старший науковий дослідник
НДІ інтелектуальної власності НАПрН України; консультант
БО «100 відсотків життя»; голова напрямку з питань прав людини
та гендеру ГО «Центр гармонізації прав людини»*

Іолкіна М.,

*студентка 4 курсу бакалаврату навчально-наукового інституту права
Київського Національного університету імені Тараса Шевченка;
пара-юрист ГО «Центр гармонізації прав людини»*

РОЗШИРЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЗМАМИ ПРИМУСОВОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВИНАХОДІВ

У межах академічних тем НДІ інтелектуальної власності Національної академії правових наук України та в рамках курсів з міжнародно-правового регулювання інтелектуальної власності, які викладаються у зазначеному інституті та в Київському національному університеті імені Тараса Шевченка, проблематика співвідношення мінімальних та максимальних стандартів у правовій охороні винаходів у сфері фармації є у фокусі наукових досліджень та формування бачення молодих науковців кризь призму балансу приватних та публічних інтересів.

Проте, якщо на рівні академічного дискурсу ще є час на наукові рефлексії, то на рівні практики забезпечення доступу до лікарських засобів у країні, яка веде війну, такого часу немає.

Виклики пандемії Covid-19 спонукали країни ЄС переглянути політику в сфері примусового ліцензування винаходів, які стосуються лікарських засобів та вакцин. Такі новели прослідковуються саме на рівні законодавства ЄС, який розпочав реформування цієї сфери [1].

Глибокий аналіз першопричин революційних змін в сфері примусового ліцензування в ЄС надає Ольга Гургула, яка сьогодні є найактивнішим науковцем, який спираючись на досвід ЄС та з теренів Великої Британії є лобістом відповідних змін і в Україні [2, 3].

Серед класичного підходу розширення доступу до лікування механізмами права інтелектуальної власності є покликання на статтю 5 Паризької конвенції про охорону промислової власності 1883 року (далі – Паризька конвенція) [4], у якій передбачено, що кожна країна Союзу має

право вжити законодавчих заходів, що передбачають видачу примусових ліцензій, для запобігання зловживанням, що можуть виникнути внаслідок здійснення виключного права, що надається патентом та на Угоду з торгівельних аспектів прав інтелектуальної власності (далі – Угода ТРІПС) статтю 31, в якій передбачається право використовувати патент без дозволу патентовласника урядом країни-члена угоди чи третьою особою з дозволу уряду у разі надзвичайної ситуації в країні чи за умов інших обставин крайньої необхідності [5].

Угодою ТРІПС передбачаються мінімальний та максимальний режими правової охорони інтелектуальної власності. У правовій літературі ми послуговуємося категоріями «гнучкі положення Угоди ТРІПС», які відповідають мінімальним вимогам, та «положення ТРІПС-плюс», які відповідають додатковим, але не обов'язковим вимогам правової охорони інтелектуальної власності.

В переговорному процесі на вступ України до СОТ наша держава взяла на себе додаткові зобов'язання з виконання Угоди ТРІПС, долання яких сьогодні відбувається саме через реформування національного патентного законодавства. Проте правова невизначеність режиму примусового ліцензування в частині необхідності очікування відповіді від патентовласника для набуття можливості все ж оголосити примусову ліцензію робить цей правовий інститут в національному законодавстві мертвонародженим.

До прикладу, перебуваючи в однаково складному переговорному процесі, Молдова все ж пододала таку перепону двома шляхами: по-перше запровадивши судовий порядок можливості надання примусової ліцензії, а по-друге – усунувши правову невизначеність необхідності очікування мотивованої відповіді від патентовласника закріпивши на рівні закону певний час такого очікування. Такі зміни у наших сусідів відбулися доволі недавно із реформуванням патентного законодавства [6].

Проте, ще у 2001 році з метою тлумачення та стимулювання використання гнучких положень Угоди ТРІПС, включаючи примусове ліцензування в сфері охорони здоров'я, на міжміністерській конференції СОТ було прийнято Дохійську декларацію про Угоду ТРІПС та громадське здоров'я (далі – Дохійська декларація). В пункті 4 Дохійської декларації закріплено, що Угода ТРІПС не перешкоджає і не повинна перешкоджати прийняттю державами – членами заходів з охорони суспільного здоров'я, а також що Угода ТРІПС може і повинна тлумачитись і реалі-

зовуватись таким чином, щоб сприяти праву членів СОТ на охорону суспільного здоров'я і, зокрема, сприяти загальнодоступності лікарських засобів. З огляду на зазначене підпунктом (b) пункту 5 Дохійської декларації передбачено, що такий гнучкий підхід включає в себе, в тому числі, право кожного члена видавати примусові ліцензії і вільно визначати підстави для видачі таких ліцензій.

Далі в рамках забезпечення реалізації положень Дохійської декларації щодо можливості експорту за примусовими ліцензіями в країни без достатніх промислових потужностей у виробництві лікарських засобів на практиці 6 грудня 2005 року Генеральною радою СОТ було прийнято Протокол про внесення змін до Угоди ТРІПС.

Проте попри доволі тривале існування міжнародно-правового інституту примусового ліцензування, на рівні національного законодавства правова невизначеність залишалася.

Із підписанням Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (далі – Угода про асоціацію) [7] статтею 219 «Патенти та громадське здоров'я» Україна набула нового поштовху для переосмислення положень примусового ліцензування в Законі України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» [8]. Так у статті 219 зазначається, що сторони визнають важливість Дохійської декларації. Під час тлумачення та здійснення прав і зобов'язань згідно із Главою 9 «Інтелектуальна власність» Сторони забезпечують відповідність Дохійській декларації.

Відповідними орієнтирами для України із поправкою на особливі потреби українського суспільства у зв'язку із економічною ситуацією у період до 2014 року, війною з 2014 року та повномасштабного вторгнення, яке водночас стало історичним шансом та прискореного набуття Україною статусу кандидата на члени ЄС, для впровадження на національному рівні механізму примусового ліцензування в сфері охорони здоров'я є стало законодавство ЄС.

Так, Директивою 2001/83/ЕС Про звіт законів Співтовариства щодо лікарських засобів для людини (далі – Директива 2001/83/ЕС) [9] та Регламентом (ЄС) № 816/2006 Про примусове ліцензування патентів [10], що стосуються виробництва лікарських засобів, для експорту до країн з проблемами в сфері охорони здоров'я (далі – Регламент (ЄС) № 816/2006) встановлюється, що:

– головна мета будь-яких правил, що регулюють виробництво, розподіл та використання лікарських засобів є захист здоров'я населення (Стаття 1(2) Директиви 2001/83/ЕС);

та

– механізмом забезпечення здоров'я населення є видача примусової ліцензії для виробництва та експорту лікарських засобів до країн із відповідними економічними показниками та проблемами в сфері забезпечення здоров'я населення (пункт 5 Преамбули Регламенту (ЄС) №816/2006).

Натомість революційний підхід Європейської комісії пропонує не вносити зміни до національних систем обов'язкового ліцензування та не спрямована на вирішення суто національних надзвичайних ситуацій. Замість цього інструмент примусового ліцензування, запропонований Європейською Комісією, буде використовуватися в транскордонних надзвичайних ситуаціях в межах ЄС, що виходить за межі національних схем примусового ліцензування. Новий режим примусового ліцензування буде централізованим на рівні ЄС. Він однаково застосовуватиметься до національних патентів, європейських патентів і європейських патентів з унітарним ефектом. Процедура може бути ініційована поданням однієї заяви в єдиному порядку за єдиними процесуальними правилами та умовами.

І тут постає виклик системі охорони ексклюзивності даних досьє ЛЗ. Доступ до патенту не тягне за собою доступу до ноу-хау [11]. Але це ще один напрям вітчизняної реформи правової охорони лікарських засобів, який вимагає бути послідовним адептом європейського законодавства.

Список використаних джерел:

1. Commission adopted a proposal for a new Directive and a new Regulation, which revise and replace the existing general pharmaceutical legislation. URL: https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe/reform-eu-pharmaceutical-legislation_en

2. Гургула О. Європейська комісія пропонує новий механізм примусового ліцензування для ЄС. URL: https://pravo.ua/ievropeiska-komisiia-proponuie-novyi-mekhanizm-prymusovoho-litsenzuvannia-dlia-ies/?fbclid=iwar0vfwh9ql_6debujtmgx_baelzqbc-k9arbuaz3ypqfkg37v80pfiktzns

3. Gurgula O. The European Commission's proposal on a new EU-wide compulsory licensing regime. URL: <https://medicineslawandpolicy.org/2023/09/>

the-european-commissions-proposal-on-a-new-eu-wide-compulsory-licensing-regime

4. Паризької конвенції про охорону промислової власності 1883 року. ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_123#Text

5. Угода з торгівельних аспектів прав інтелектуальної власності. ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/981_018#Text

6. Law of Patents on Inventions. ULR: <https://www.wipo.int/wipolex/en/text/128728>

7. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text

8. Закон України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі». ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3687-12#Text>

9. Директива Європейського Парламенту і Ради 2001/83/ЄС від 6.11.2001 року про Кодекс співтовариства щодо лікарських засобів призначених для застосування людиною. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_013-01#Text

10. Регламент (ЄС) № 816/2006 Про примусове ліцензування патентів. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32006R0816>

11. Закон України «Про лікарські засоби». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

Рєпіна Ю. С.,

кандидатка економічних наук, доцентка, наукова співробітниця відділу дослідження проблем кримінального процесу та судоустрою НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

НОРМАТИВНІ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПРИ АНАЛІЗІ БІОМЕТРИЧНИХ ДАНИХ ЛЮДИНИ У ПРАВООХОРОННІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Наразі широко обговорюються (як в науково-експертному середовищі на науково-практичних заходах та у фахових виданнях, так і всіма зацікавленими особами переважно в мережі Інтернет) проблеми та перспективи використання технологій штучного інтелекту (далі – ШІ) у діяльності правоохоронних та судових органів. Звичайно, що думки щодо необхідності та пропорційності використання технологій ШІ у кримінальній юстиції висловлюються різні, але об'єднує всіх учасників дискусії розуміння необхідності вироблення зваженого підходу, включаючи нормативне регулювання, до впровадження інноваційних технологій у цю сферу. Отже, незважаючи на вигоди, які надає використання ШІ кримінальній юстиції, зокрема, оперативність, економію процесуальних засобів тощо, важливо забезпечити кримінальну процесуальну діяльність від потенційних ризиків такого використання (непрозорість прийняття рішень, різні типи дискримінації, втручання в приватне життя, виклики для захисту персональних даних тощо), які особливо посилюються в секторі правоохоронних органів і кримінального судочинства, оскільки здатні вплинути на презумпцію невинуватості, основні права на свободу особи та особисту недоторканність, а також на ефективний засіб правового захисту та справедливий суд.

За час повномасштабного вторгнення рф в Україну за даними Офісу Генерального прокурора зареєстровано більше, ніж 130 тис. злочинів (в тому числі і воєнних). Особливо гостро стають питання (1) встановлення особи, яка вчинила кримінальне правопорушення та (2) ідентифікація осіб, які постраждали від російської агресії, що можливо зробити із використанням баз біометричних даних і технології ШІ (у кримінальному процесі прокурор, слідчий зобов'язані в межах своєї компетенції вжити

всіх передбачених законом заходів для встановлення особи, яка вчинила кримінальне правопорушення (ст. 25 КПК України).

Водночас, використання біометричних даних особи з метою її ідентифікації прямо корелює із правом на (повагу) людську гідність, гарантованих як міжнародними актами: Загальною декларацією прав людини (ст. 1), Міжнародним пактом про громадянські і політичні права (ст. 7, 10), а також є основою всіх основних прав, гарантованих Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, так і Конституцією України, відповідно до приписів якої гідність поряд із життям, здоров'ям, честю, недоторканістю та безпекою людини визначається найвищою соціальною цінністю (ст. 3), усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах (ст. 21), кожному гарантується право на повагу до його гідності (ст. 28).

Гостро дискусійним є застосування технологій розпізнавання обличчя (із використанням ШІ). Так, наразі в світі (і в Україні) застосовуються різні типи використання розпізнавання обличчя: (1) верифікація (перевірка)/ автентифікація – зіставлення живого обличчя з фотографією в документі, що засвідчує особу (наприклад, «розумні кордони» [1]), (2) ідентифікація – зіставлення фотографії з певною базою даних фотографій, (3) виявлення – пошук обличчя у режимі реального часу з таких джерел, як записи камер відеоспостереження, і зіставлення їх із базами даних (наприклад, спостереження в режимі реального часу). Кожен із цих типів має різні наслідки для захисту основних прав.

З огляду на важливість адаптації національного законодавства до законодавства ЄС, зокрема, щодо використання ШІ у правоохоронній та судовій діяльності, вважаємо доцільним навести позицію, викладену у резолюції Європейського парламенту «Штучний інтелект в кримінальному праві та його використання поліцією та судовими органами в кримінальних справах» [2].

Зокрема, Європейський парламент вважає, що розгортання систем розпізнавання обличчя правоохоронними органами повинно обмежуватися чітко виправданими цілями з повною повагою до принципів пропорційності та необхідності і відповідно до чинного законодавства, а використання технології розпізнавання обличчя повинно відповідати вимогам щодо мінімізації даних, точності даних, обмеження зберігання, безпеки даних і підзвітності, а також бути законним, справедливим і прозорим, відповідати конкретній, чіткій і легітимній меті, яка визна-

чена в законодавстві держави-члена або ЄС. При цьому системи верифікації та автентифікації можуть продовжувати розгортатися та успішно використовуватися лише за умови пом'якшення їх несприятливих наслідків і виконання вищевказаних критеріїв, а використання автоматизованого аналізу та/або розпізнавання в загальнодоступних місцях інших людських особливостей, таких як хода, відбитки пальців, ДНК, голос та інші біометричні та поведінкові сигнали закликає до постійної заборони.

Більше того, Європейський парламент закликає до мораторію на розгортання систем розпізнавання обличчя для цілей правоохоронних органів, які мають функцію ідентифікації, за винятком випадків, коли вони використовуються виключно для ідентифікації жертв злочинів (принаймні до тих пір, доки технічні стандарти не будуть вважатися повністю такими, що відповідають основним правам, а отримані результати є неупередженими та недискримінаційними, законодавча база забезпечує суворі гарантії проти зловживання та суворий демократичний контроль і нагляд, і є емпіричні докази необхідності та пропорційності для розгортання таких технологій).

Ще одне явище, яке викликає глибоке занепокоєння у цієї інституції ЄС – це використання приватних баз даних розпізнавання обличчя правоохоронними органами та спецслужбами, таких як Clearview AI [3]. Це база даних, яка нараховує понад 3 млрд. фотографій. Фотографії було зібрано, зокрема, із соціальних мереж та ін. джерел даних, що розміщені у мережі Інтернет. У резолюції пропонується зобов'язати правоохоронні органи повідомляти, чи використовують вони технологію Clearview AI або еквівалентні технології від інших постачальників, та навіть заборонити використання приватних баз даних розпізнавання обличчя у правоохоронних органах. Ще раніше Європейська рада із захисту даних (EDPB) заявила, що використання такого сервісу, як Clearview AI правоохоронними органами в ЄС, «імовірно, не відповідатиме режиму захисту даних ЄС» [4].

Посилаючись на криміналістичні дослідження, які засвідчили, що жодні потенційні нові ідентифікатори (наприклад, розпізнавання райдужної оболонки ока чи обличчя) не стануть настільки ж надійними, як ДНК чи відбитки пальців, Європейський парламент закликає Європейську комісію не розширювати рамки Рішення Прюмо (The Prüm Decision) [5]. Європейський парламент підтримує рекомендації Експерт-

ної групи високого рівня Комісії зі ШІ [6], яка виступає за заборону масової оцінки окремих осіб за допомогою ШІ.

З огляду на відсутність національного законодавства, яке б регулювало використання технологій ШІ в правоохоронній та судовій діяльності в Україні, а тому і відсутність законних підстав для використання таких технологій, вважаємо, що необхідні відповідні потребам часу і реальним обставинам нормативні зміни/удосконалення спеціального законодавства із врахуванням релевантного досвіду ЄС та країн-членів ЄС.

Список використаних джерел:

1. Smart Borders / An official website of the European Union. URL: https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/schengen-borders-and-visa/smart-borders_en
2. European Parliament (2021). Artificial Intelligence in Criminal Law and its Use by the Police and Judicial Authorities in Criminal Matters : Resolution of 6 October 2021 (2020/2016(INI)). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021IP0405>
3. Clearview AI / Official website. URL: <https://www.clearview.ai/>
4. Thirty-first Plenary session: Establishment of a taskforce on TikTok, Response to MEPs on use of Clearview AI by law enforcement authorities, Response to ENISA Advisory Group, Response to Open Letter NYOB / An official website of the European Union. URL: https://edpb.europa.eu/news/news/2020/thirty-first-plenary-session-establishment-taskforce-tiktok-response-meps-use_en
5. Council Decision 2008/615/JHA of 23 June 2008 on the stepping up of cross-border cooperation, particularly in combating terrorism and cross-border crime. *OJ L 210, 6.8.2008, p. 1–11.* URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dec/2008/615/oj>
6. High-level Expert Group on Artificial Intelligence / An official website of the European Union. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/expert-groupai#:~:text=The%20overall%20work%20of%20the,upcoming%20legislative%20steps%20in%20AI.>

Салашина А. В.,

аспірантка, молодша наукова співробітниця лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України

ПРАВО НА ШТУЧНЕ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА

У Загальній декларації прав людини проголошено, що «кожна людина має право на життя, на свободу і на особисту недоторканність» [1, с. 3]. І кожне з цих прав повинно піддаватися захисту. Система захисту прав людини в межах Ради Європи базується насамперед на положеннях Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція). Відповідно до ст. 2 Конвенції право кожного на життя охороняється законом, а у ст. 8 передбачено право на повагу до свого приватного і сімейного життя [2].

Одним з важливих невід'ємних прав і свобод людини є її репродуктивні права. Поняття репродуктивних прав закріплено в п. 7.2. Програми дій Міжнародної конференції по народонаселенню та розвитку і являють собою повноцінний фізичний, психічний і соціальний стан благополуччя, а не просто відсутність хвороб чи фізичних вад у всіх питаннях що стосуються репродуктивної системи та її функцій і процесів [3]. До таких прав відносять, зокрема, право на штучне запліднення, домашні пологи, сурогатне материнство тощо. Також під категорію репродуктивних прав підпадає і право на штучне переривання вагітності (аборт). Погоджуємося з С. Р. Асірян, яка зазначає, що право жінки на аборт пов'язане із такими конвенційними правами як право на життя та право на повагу до приватного життя [4, с. 133].

Однак назвати положення цього права не дискусійним не можна. І донині в багатьох європейських країнах точаться дискусії, що штучне переривання вагітності з одного боку є правом жінки на повагу до її приватного життя (приймати рішення відносно свого тіла), а з іншого – є позбавленням ембріона (плоду) людини права на життя. Немає єдності і в суспільстві, враховуючи морально-етичний та релігійний аспекти даного явища. Так само і серед науковців немає однозначної відповіді на цю дискусію. Як результат, у нормативних актах міжнародного та національ-

ного законодавства немає єдиного підходу щодо врегулювання питання штучного переривання вагітності.

Необхідно зазначити, що за визначенням ВООЗ, «аборт» являє собою спонтанне вигнання ембріона (плода) масою до 500 г, що відповідає терміну гестації менше 22 тижнів. Таку операцію, у разі якщо є дозвіл на її проведення в певній країні, дозволяється проводити в акредитованих закладах охорони здоров'я за відсутності протипоказань та при повному обстеженні: за бажанням жінки при вагітності 12 тижнів і менше або за соціальними і медичними показаннями при вагітності від 12 до 24 тижнів.

Є країни, які передбачають легальність проведення такого операційного втручання і є країни, які забороняють таку можливість. Гостро ця проблема постає в державах, в яких встановлено майже повну заборону штучного переривання вагітності. Однією з таких країн є Республіка Польща.

Законодавчі норми щодо штучного переривання вагітності в Польщі є досить суворими як для країн Європи. Зокрема, спочатку законом від 1993 р. штучне переривання вагітності дозволено виключно в таких випадках: 1) вагітність настала в результаті інцесту або звалтування; 2) існує загроза життю та здоров'ю жінки; 3) наявне важке захворювання чи дефект плода, які загрожують його життю після народження [5, с. 19]. Проте у жовтні 2020 року Конституційним судом Польщі було прийнято рішення стосовно проведення абортів. Умовами через які можна законно провести такого виду операцію тепер є тільки дві: якщо вагітність становить загрозу життю або здоров'ю вагітної жінки, якщо є обґрунтована підозра, що вагітність стала результатом заборонених дій (зокрема звалтування) [6]. Як бачимо, важке захворювання чи дефект плоду тепер не є випадком за якого дозволяється проводити штучне переривання вагітності. Конституційний суд Польщі обґрунтував це тим, що права людини в цій країні захищаються не з моменту народження, а з моменту зачаття. Зазначене рішення було негативно прийняте населенням Польщі, внаслідок чого в країні періодично проводяться масові протести активістів.

На практиці обґрунтувати причини за яких є необхідність провести штучне переривання вагітності вкрай складно, адже якщо вагітність становить загрозу життю або здоров'ю вагітної жінки, то необхідно надати довідки, які підтверджують це, а довідки від лікарів отримати

складно, адже фактично медичні заклади посилаються на різноманітні причини, продовжуючи відмовляти у проведенні штучного переривання вагітності (як причини вказують епідемію коронавірусу, відсутність належного обладнання тощо) [5, с. 19]. Якщо вагітність стала результатом звалтування, то для проведення штучного переривання вагітності жінці необхідно надати лікарю довідку з прокуратури. Негативним є те, що через значні строки отримання необхідних довідок, спливає термін, протягом якого можна зробити штучне переривання вагітності на законних підставах.

Наслідком такої політики стали справи проти Польщі в ЄСПЛ. Зокрема, *Tysiac v. Poland, P. P. v. Poland*. Більш того, Європейський парламент у Резолюціях від 26.11.2020 р. та 11.11.2021 р. висловив свою категоричну незгоду із забороною штучного переривання вагітності. І ось нещодавно ЄСПЛ вчергове вказав Республіці Польщі на порушення нею ст. 8 Конвенції. Так, 14.12.2023 р. ЄСПЛ оприлюднив чергове рішення проти Польщі у серії справ, пов'язаних із незаконністю складу Конституційного Трибуналу, справа «*M. L. v. POLAND*». Заявницею виступила жінка, яка не змогла штучно перервати вагітність навіть, коли їй було поставлено діагноз про генетичні відхилення ембріону і дана рекомендація зробити таку операцію. Проте напередодні запланованої процедури вступило в силу рішення Конституційного Трибуналу, за яким аборти визнано неконституційними. В результаті цього заявниця не змогла провести аборт в Польщі і була змушена зробити його в Нідерландах, витративши додатково 1200 євро. Перед ЄСПЛ заявниця скаржилась на «незаконність» втручання у її право на повагу до особистого життя (ст. 8 Конвенції), що він і визнав [7].

Отже, бачимо, що законодавством Польщі майже повністю обмежено право та доступ жінок до легального проведення такого виду операційного втручання як штучне переривання вагітності. Внаслідок цих обставин є ймовірність настання негативних соціальних явищ для держави таких, як погіршення демографічної ситуації в країні; значне поширення «абортного туризму»; збільшення протестів активістів; збільшення кількості кримінальних правопорушень у разі незаконного проведення штучного переривання вагітності; загроза збільшення смертності жінок, через проведення абортів особами без медичної освіти або іншими методами; погіршення репродуктивного здоров'я жінок тощо. Тому вважаємо, що такі обмеження уособлюють в собі порушення

Конвенційних прав жінок на життя, а також на повагу до їх приватного та сімейного життя.

Список використаних джерел:

1. Загальна декларація прав людини : Декларація; ООН від 10.12.1948. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/995_015
2. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини) : Конвенція; Рада Європи від 04.11.1950. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/995_004
3. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5–13 September 1994. URL: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/icpd_en.pdf
4. Асірян С. Р., Трофімов Б. Д., Шевчук Н. В. Штучне переривання вагітності: підходи окремих країн ЄС та практика ЄСПЛ. *Альманах міжнародного права*. 2021. №25. С. 129–137. URL: <http://inlawalmanac.mgu.od.ua/v25/17.pdf>
5. Гавловська А. О., Проценко М. В. Аборт як форма реалізації права репродуктивного вибору жінки: дослідження окремих аспектів повної або часткової заборони. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2022. №2. С. 16–20. URL: <https://lj.journal.kspu.edu/index.php/lj/article/view/349/325>
6. O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży : USTAWA z dnia 7 stycznia 1993 r. URL: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/planowanie-rodziny-ochrona-płodu-ludzkiego-i-warunki-dopuszczalnosci-16795126>
7. M. L. v. POLAND, Application №. 40119/21. 14 December 2023. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-229424%22%5D%7D>

Сербіна А. В.,
*адвокатка, засновниця Тренінгової групи АС,
консультантка з юридичних питань БО «100% Життя»*

ЮРИДИЧНЕ ВИЗНАННЯ ЦИВІЛЬНИХ ПАРТНЕРСТВ В УКРАЇНІ ЯК ФАКТОР ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ: ЧИ ДІЙСНО ТАКЕ ВИЗНАННЯ ПОТРІБНЕ НЕ ТІЛЬКИ УЧАСНИКАМ ОДНОСТАТЕВИХ ПАРТНЕРСТВ?

Питання реєстрованих цивільних партнерств гостро стоїть на часі та викликає багато дискусій щодо необхідності запровадження такого інституту в нашій країні.

У минулому році електронна петиція Президенту України про легалізацію одностатевих шлюбів в Україні набрала в рекордні строки необхідну кількість голосів. У відповідь на неї Президент зазначив, що у сучасному світі рівень демократичності суспільства вимірюється зокрема через політику держави, спрямовану на забезпечення рівних прав для всіх громадян. Кожен громадянин є невід'ємною частиною громадянського суспільства, на нього поширюються всі права та свободи, закріплені у Конституції України¹.

З метою реалізації вказаного конституційного принципу уряд України розпочав роботу над розробленням відповідного законопроекту, що у т.ч. знайшло своє відображення у Плані пріоритетних дій Уряду на 2023 рік, який затверджено розпорядженням КМУ від 14.03.2023 №221-р². Наразі ми також маємо законопроект н.д. Совсун І. Р. №9103 від 13.03.2023 «Про інститут реєстрованих партнерств»³.

На необхідність легалізації одностатевих партнерств також вказує і Уповноважений Верховної Ради України з прав людини у своїй щорічній Доповіді про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні у 2022 році⁴.

¹ <https://petition.president.gov.ua/petition/144562>

² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/221-2023-%D1%80#Text>

³ <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/41497>

⁴ <https://ombudsman.gov.ua/report-2022/>

Крім того, 01.06.2023 Європейський суд з прав людини у справі «Маймулахін та Марків проти України»¹ визнав, що Україна порушує права одностатевих пар. Суд встановив, що відсутність в Україні законодавчого регулювання одностатевих відносин є порушенням ст. 8 та 14 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод².

Попри всі ці події наше суспільство й досі критично ставиться до самої ідеї визнання одностатевих партнерств. Чи дійсно таке визнання потрібно тільки його учасникам?

Навіть якщо відволіктись від високих стандартів прав людини, заборони дискримінації та втручання в приватне життя, очевидним залишається, що одностатеві партнерства в Україні, як і в світі цілому, існують, і такі партнерства впливають на всіх інших членів суспільства. І мова тут не про емоційну складову, а про факти взаємодії усіх членів суспільства та дії причинно-наслідкових зв'язків.

Наразі в Україні розроблено комплекс заходів щодо профілактики та подолання інфекційних хвороб. Неочевидним на перший погляд в контексті необхідності визнання одностатевих партнерств, є норма ст. 30 Сімейного кодексу України³. Так, наречені зобов'язані повідомити один одного про стан свого здоров'я. Держава забезпечує створення умов для медичного обстеження наречених. Результати медичного обстеження є таємницею і повідомляються лише нареченим. А приховування відомостей про стан здоров'я одним з наречених, наслідком чого може стати (стало) порушення фізичного або психічного здоров'я іншого нареченого чи їхніх нащадків, може бути підставою для визнання шлюбу недійсним.

Указана норма є одним із запобіжників розповсюдження інфекційних хвороб, у т.ч. тих, які передаються статевим шляхом. Для одностатевих партнерств немає навіть і такого права на інформацію, яке потенційно може вплинути на стан здоров'я.

Наказом МОЗ від 19.07.95 № 133 затверджено Перелік особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб⁴, до якого входять ВІЛ/СНІД, венеричні хвороби, туберкульоз тощо. Вказаний наказ розроблено на підставі

¹ <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-224984%22%5D%7D>

² https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#n131>

⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0133282-95#Text>

ст. 28 поки ще чинного Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»¹.

У випадку виявлення ВІЛ лікарем проводиться роз'яснювальна робота щодо небезпеки зараження статевих партнерів та осіб та необхідності пройти обстеження². У випадку туберкульозу чи іншої інфекційної хвороби, яка передається повітряно-крапельних шляхом, вживаються заходи щодо встановлення членів сім'ї, з якими проживає хвора людина та вжиття профілактичних заходів.

Видимість усіх членів сім'ї, у т.ч. одностатевих партнерів, є запорукою швидкого реагування на випадки розповсюдження інфекційних хвороб. З огляду на те, що ми і досі спостерігаємо гомофобні явища, прояви нетерпимості, переслідувань за ознакою статі, розкриття своєї сексуальної орієнтації не завжди відповідає інтересу людини. Іноді на вагах вибору перебуває розкриття такої чутливої інформації з одного боку та ризик для здоров'я або навіть життя – з іншого. Нерідко вибір падає не на здоров'я. Як наслідок невиявлені контактні особи може з геометричною прогресією розповсюджувати інфекційні хвороби, у т.ч. ті, які передаються статевим шляхом, що загрожуватиме іноді навіть епідемії. Якби в Україні одностатеві партнерства були би визнані на законодавчому рівні, рівень дискримінації за цією ознакою міг би значно знизитись, як наслідок людині легше б було повідомляти про своїх одностатевих партнерів для швидкого включення механізмів реагування: профілактика, виявлення, лікування, контроль.

Ще один фактор на користь юридичного визнання цивільних партнерств: право на вирішення медичних питань у разі, якщо один із партнерів в силу віку, стану здоров'я чи іншої обставини самостійно не може приймати медичне рішення. Це у т.ч і питання екстреної оперативної допомоги/реанімації, переливання крові. Остання теза в умовах воєнного стану та реальної небезпеки при відсутності часу/можливостей для проведення досліджень на наявність ВІЛ, може мати наслідком «польове» переливання крові від людини, ВІЛ-статус якої невідомий, або проведення тампонації чи дихальних реанімаційних процедур людиною, яка і сама має поранення (ризик змішання рідин). У такому випадку за наявності можливості мають бути проведено опитування потерпілого або

¹ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/4004-12#Text>

² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

його близького родича (одностатевий партнер до таких поки що не належить) щодо наявності ВІЛ-інфекції.

Непоодинокими випадками є припинення тісних контактів із батьками після розкриття своєї сексуальної орієнтації, втрата зв'язку. Тому звернення з важливими медичними питаннями до членів сім'ї, з якими фактично втрачено ментальний зв'язок, може мати наслідком прийняття ризикових рішень. Виключенням із цього правила може бути тільки наявність реального ризику смерті людини, коли між двох зол (ризик інфікування та ризик смерті) обирається менше. Тому інститут реєстрованих партнерств також відповідає і інтересам нашого суспільства в здоровій нації та безпечному середовищі.

Список використаних джерел:

1. Конституція України : Конституція України; Верховна Рада України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. ЕЛЕКТРОННІ ПЕТИЦІЇ. Офіційне інтернет-представництво Президента України. URL: <https://petition.president.gov.ua/>
3. Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2023 рік : Розпорядження Кабінету Міністрів України; План від 14.03.2023 №221-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/221-2023-%D1%80>
4. Про інститут реєстрованих партнерств: Проект Закону України №9103 від 13.03.2023. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/41497>
5. Щорічна Доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини «Про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні у 2022 році». URL: <https://ombudsman.gov.ua/report-2022/>
6. Рішення ЄСПЛ від 01.06.2023 у справі «Маймулахін та Марків проти України». URL: https://supreme.court.gov.ua/userfiles/media/new_folder_for_uploads/supreme/zakonodastvo/Maimylahin_Ukraine.pdf
7. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини) : Конвенція; Рада Європи від 04.11.1950. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/995_004
8. Сімейний кодекс України : Кодекс України; Кодекс, Закон від 10.01.2002 №2947-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2947-14>
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 №2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12>
10. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ

: Закон України від 12.12.1991 № 1972-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1972-12>

11. Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб : Наказ; МОЗ України від 19.07.1995 № 133. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0133282-95>

Сидоренко А. С.,

доцент, кандидат юридичних наук, доцент кафедри конституційного, адміністративного, екологічного та трудового права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ТРУДОВИХ ГАРАНТІЙ МОБІЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Основний Закон нашої держави у ст. 17 проголошує, що захист суверенітету і територіальної цілісності України, забезпечення її економічної та інформаційної безпеки є найважливішими функціями держави, справою всього Українського народу [1].

24 лютого 2022 року у зв'язку з військовою агресією рф проти України Указом Президента України № 64/2022 введено воєнний стан на території нашої держави. Важливим питанням в умовах оголошеного воєнного стану є мобілізація в тому числі мобілізація медиків. Мобілізація є загальною, якій підлягають військовозобов'язані та резервісти. Варто зауважити, що медики в умовах такого стану вважаються військовозобов'язаними і призиваються на службу. Порядок мобілізації медичних працівників, загалом, не відрізняється від загального. На законодавчому рівні порядок призову, права та гарантії таким мобілізованим визначаються Законами України «Про військовий обов'язок і військову службу», «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію».

Варто зауважити, що на законодавчому рівні закріплено ряд трудових гарантій для мобілізованих працівників, в тому числі сфери охорони здоров'я. Так, відповідно до ч. 2 ст. 39 Закону «Про військовий обов'язок і військову службу» громадяни України, призвані на строкову військову службу, військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, або прийняті на військову службу за контрактом у разі виникнення кризової ситуації, що загрожує національній безпеці, оголошення рішення про проведення мобілізації та (або) введення воєнного стану, користуються гарантіями, передбаченими ст. 119 КЗпП України [2]. Частина 3 згаданої статті визначає такі основні гарантії як: збереження місця роботи і посади. Таким працівникам здійснюється виплата грошового забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військово-

вослужбовців та членів їх сімей». До липня 2022 року ст. 119 містила ще й таку гарантію як збереження середнього заробітку, але з прийняттям Закону України від 01 липня 2022 року «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо оптимізації трудових відносин», внесено зміни до ч.3 вказаної статті, відповідно до яких скасована вимога до роботодавців в цій частині[3]. Хоча, якщо у роботодавця є бажання й надалі робити виплати таким працівникам, він має на це право, але це рахується не як середня заробітна плата, а додаткові порівняно із законодавством пільги для працівників.

Положення ст.119–1 Кодексу говорять нам про те, що за особою, стосовно якої згідно із Законом України «Про соціальний і правовий захист осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, та членів їхніх сімей» встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, зберігається місце роботи (посада) протягом усього періоду позбавлення свободи, а також протягом шести місяців з дня звільнення у разі проходження такою особою заходів з медичної, реабілітаційної, у тому числі психологічної, допомоги, санаторно-курортного лікування, інших відновлювальних (постізоляційних, реінтеграційних) заходів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Окрім згаданої статті, гарантії для мобілізованих працівників визначені й іншими статтями КЗпП та Законами України, що регулюють сферу трудових відносин. Так, працівники не підлягають звільненню на підставі пункту 3 частини першої статті 36 КЗпП України, а лише увільняються від виконання обов’язків, передбачених трудовим договором, що оформлюється відповідним наказом (розпорядженням) роботодавця. Стаття 42 КЗпП у ч.9 містить положення про те, що особам з числа колишніх військовослужбовців строкової служби, військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період, військової служби за призовом осіб із числа резервістів в особливий період, військової служби за призовом осіб офіцерського складу та осіб, які проходили альтернативну (невійськову) службу, – протягом двох років з дня звільнення їх зі служби надається перевага в залишенні на роботі [4].

Наступною, не менш важливою гарантією є право на щорічні відпустки, додаткові відпустки окремим категоріям ветеранів війни та відпустки без збереження заробітної плати, що надаються працівникам в обов’язковому порядку (ст.ст. 10, 16–2 Закону України «Про відпуст-

ки»), окрім того п.2 ч.1 ст.9 Закону визначає, що до стажу роботи, що дає право на щорічну основну відпустку зараховуються час, коли працівник фактично не працював, але за ним згідно з законодавством зберігалися місце роботи (посада) та заробітна плата повністю або частково [5].

Час проходження військової служби зараховується громадянам України до їх страхового стажу, стажу роботи, стажу роботи за спеціальністю, а також до стажу державної служби. (стаття 2 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу») [2].

На законодавчому рівні передбачена й така важлива гарантія як відстрочка від призову на військову службу під час мобілізації. Тобто, законодавством визначені **випадки, коли особи, в тому числі й медики військовозобов'язані не підлягають призову на військову службу** під час мобілізації. Зокрема, якщо вони, відповідно до ст. 23 Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію»: заброньовані на період мобілізації та на воєнний час в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України; визнані відповідно до висновку ВЛК тимчасово непридатними до військової служби за станом здоров'я на термін до шести місяців; мають на утриманні: троє і більше дітей віком до 18 років; дитину з інвалідністю підгрупи А віком до 18 років; дитину з інвалідністю, яка має будь-які види порушень функцій організму III-IV ступеня їх вираження та обмеження життєдіяльності будь-якої категорії II-III ступеня їх вираження відповідно до критеріїв встановлення інвалідності дітям, затверджених Кабінетом Міністрів України, або дитину з інвалідністю, яка має функціональні порушення в організмі та обмеження життєдіяльності, що відповідають критеріям для встановлення I чи II групи інвалідності для повнолітньої особи згідно з порядком, затвердженим Кабінетом Міністрів України; повнолітню дитину, яка є особою з інвалідністю I чи II групи, до досягнення нею 23 років; дітей-сиріт або дітей, позбавлених батьківського піклування, віком до 18 років – самостійно виховують дитину (дітей) віком до 18 років; зайняті постійним доглядом за особами, що його потребують, відповідно до законодавства України, у разі відсутності інших осіб, які можуть здійснювати такий догляд.

Окрім того, в Законі міститься норма, щодо того, що призову на військову службу під час мобілізації на особливий період не підлягають також медичні працівники, які: є здобувачами фахової передвищої та вищої освіти, асистентами-стажистами, аспірантами та докторантами, які навчаються за денною або дуальною формами здобуття освіти; є науко-

вими і науково-педагогічними працівниками закладів вищої та фахової передвищої освіти, наукових установ та організацій, які мають вчене звання та/або науковий ступінь, і педагогічними працівниками закладів загальної середньої освіти за основним місцем роботи не менше як на 0,75 ставки; мають близьких родичів (чоловік, дружина, син, донька, батько, мати, дід, баба або рідний (повноюрідний, неповноюрідний) брат чи сестра), які загинули або пропали безвісти під час проведення АТО, з числа: військовослужбовців або працівників утворених відповідно до законів України військових формувань, що захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України, які загинули або пропали безвісти під час безпосередньої участі в АТО, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО у період її проведення працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися до забезпечення проведення АТО та загинули або пропали безвісти під час забезпечення проведення АТО безпосередньо в районах та у період її проведення осіб, які загинули або пропали безвісти під час безпосередньої участі в АТО, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО у період її проведення у складі добровольчих формувань, що були утворені або самоорганізувалися для захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, за умови, що в подальшому такі добровольчі формування; були включені до складу утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів; не були включені до складу утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів, і виконували завдання АТО у взаємодії з утвореними відповідно до законів України військовими формуваннями та правоохоронними органами [6].

Але, варто зауважити, що на сьогодні досить проблемним залишається питання набуття статусу учасника бойових дій мобілізованим медикам. Проблема полягає в тому, що на законодавчому рівні прямо не передбачено отримання статусу учасника бойових дій медичними працівниками. Таким особам необхідно довести факт того, що вони є бойовими медиками та займають посаду бойового медика взводу або старшого бойового медика та мають військові звання молодшого сержанта або сержанта. Якщо ж документально доведено такий факт то порядок отримання такого статусу відбувається на підставі та за порядком передбаченим Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

Як висновок, слід зазначити, що медичний працівник мобілізований до проходження військової служби на «полі бою» є однією із ключових фігур на яку покладено обов'язок рятувати життя. А тому, всі гарантії передбачені нормами чинного трудового законодавства та іншими законами й підзаконними нормативними актами повинні бути дотримані та реалізовані на належному рівні.

Список використаних джерел:

1. Конституція України: Закон від 28.06.1996 №254к/96 ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Про військовий обов'язок і військову службу: Закон України від 25.03.1992 № 2232-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12#Text>
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо оптимізації трудових відносин: Закон України від 01.07.2022 № 2352-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2352-20#Text>
4. Кодекс законів про працю України: Закон від 10.12.1971 № 322-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
5. Про відпустки: Закон України від 15.11.1996 № 504/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/504/96-%D0%B2%D1%80#Text>
6. Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію: Закон України від 21.10.1993 № 3543-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3543-12#Text>

Тимофєєва Л. Ю.,

*кандидат юридичних наук, доцент кафедри кримінального права
Національного університету «Одеська юридична академія»*

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ: ПРАВА ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Тютюнопаління шкодить здоров'ю людей, відповідно охорона здоров'я від тютюнопаління є необхідною. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2019 рік у світі щорічно від хвороб, викликаних курінням, помирає 8 мільйонів людей, серед них не тільки власне курці, а й ті, хто не курить сам, але змушений вдихати тютюновий дим.

Разом з тим, тютюнопаління як таке не є не кримінальним правопорушенням, не адміністративним правопорушенням.

Згідно ст. 175–1 КУпАП («Куріння тютюнових виробів у заборонених місцях») «Куріння тютюнових виробів у місцях, де це заборонено законом, а також в інших місцях, визначених рішенням відповідної сільської, селищної, міської ради, тягне за собою попередження або накладення штрафу від одного до п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

Згідно ст. 13 ЗУ «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 22 вересня 2005 р. № 2899-IV передбачено перелік місць, де заборонено палити. Крім того у статті 13 Закону чітко зазначено «У місцях та закладах, в яких куріння, вживання, використання тютюнових виробів, електронних сигарет, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння, кальянів заборонено, розміщується наочна інформація, що складається з графічного знака про заборону куріння і тексту такого змісту: *«Куріння, вживання, використання тютюнових виробів, електронних сигарет, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння, кальянів заборонено!»*. Аналогічне положення передбачено в ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну» від 16 грудня 2021 року № 1978-IX (набув чинності в липні 2023 р.) та додатково йдеться про обмеження реалізації тютюнових виробів, предметів, пов'я-

заних з їх вживанням, трав'яних виробів для куріння, електронних сигарет, заправних контейнерів, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння особам, які не досягли 18 років, а також реалізації (продажу) тютюнових виробів в одиничних пачках, що містять менше 20 сигарет, сигарил або цигарок, чи поштучно (крім сигар).

Отже, виходячи з аналізу вищезазначених норм закону, для притягнення особи до відповідальності за ст. 175–1 КпАП, людина має палити у громадському місці, передбаченому законом (бланкетною нормою), в якому має бути письмово зазначено щодо заборони у відповідному місці. Інакше це бути незаконно.

Згідно ст. 20 ЗУ «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 22 вересня 2005 року № 2899-IV за порушення норм цього Закону центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державного контролю за дотриманням законодавства про захист прав споживачів, застосовує фінансові санкції до суб'єктів господарювання у разі: невідведення спеціальних місць для куріння, необладнання їх витяжною вентиляцією чи іншими засобами для видалення тютюнового диму, нерозміщення інформації, передбаченої частиною п'ятою статті 13 цього Закону, – від однієї тисячі гривень до десяти тисяч гривень».

Але практика складається інакше. Зокрема 23 червня 2023 р. поліцейським патрульної поліції в Одеській обл. було складено постанову ЕГА № 1092942 по справі про адміністративне правопорушення, передбачене ст. 175–1 КУпАП, якою було постановлено: притягти Особу 1 до адміністративної відповідальності і накладти на нього адміністративне стягнення у виді «попередження». Особа 1 палив недалеко від зупинки громадського транспорту, знаходячись біля урни. Урна була повна окурків від цигарок, адже в цьому місці за замовченням палять люди. На той час на зупинці та біля неї, де знаходився Особа 1 не було жодної людини. В цьому місці також не було жодних попереджувальних та заборонованих знаків. Співробітниками патрульної поліції, які проїжджали біля зупинки було складено постанову ЕГА № 1092942 по справі про адміністративне правопорушення, передбачене ст. 175–1 КУпАП. Доки складали постанову, на зупинку підходили люди та також палили. Поліцейський просто робив зауваження, не складаючи постанови. Люди, також показували, що урна повна окурків та люди там палять, адже

це правило є загальновідомим за замовченням. В жодному нормативно-правовому акті не роз'яснюється що таке зупинка, поняття меж зупинки, наявності розмітки та в яких межах її можна розглядати як територію зупинки. Тобто для людини така норма є невизначеною.

Європейська Комісія «За демократію через право» (Венеційська Комісія) у Доповіді «Верховенство права», схваленої на її 86-му пленарному засіданні, яке відбулося 25–26 березня 2011 р., зазначила, що одним із неодмінних елементів верховенства права є юридична визначеність (п. 41); юридична визначеність вимагає, щоб юридичні норми були чіткими і точними та спрямованими на забезпечення того, щоб ситуації та правовідносини залишались передбачуваними (п. 46). Конституційний Суд України (далі – КСУ) неодноразово наголошував на важливості вимоги визначеності, ясності і недвозначності правової норми, оскільки інше не може забезпечити її однакове застосування, не виключає необмеженості трактування у правозастосовній практиці і неминуче призводить до сваволі (п. 5.4 мотивувальної частини Рішення КСУ від 22 вересня 2005 р. № 5-рп/2005).

Щодо необхідності додержання принципу юридичної визначеності також зазначається в рішеннях ЄСПЛ «Санді Таймс» проти Сполученого Королівства № 1 (*The Sunday Times v. the United Kingdom* № 1) від 26 квітня 1979 р., «S. W. проти Сполученого Королівства» (*S. W. v. the United Kingdom*) від 22 листопада 1995 р., «Солдатенко проти України» (*Soldatenko v. Ukraine*) від 23 жовтня 2008 р. та ін.

Як зазначено в рішенні ЄСПЛ «Санді Таймс» проти Сполученого Королівства № 1 (*The Sunday Times v. the United Kingdom* № 1) від 26 квітня 1979 р., «норма не може розглядатися як «право», якщо її не сформульовано достатньо чітко, що дає змогу громадянину регулювати свою поведінку» (п. 49). Відповідно до рішення ЄСПЛ «S. W. проти Сполученого Королівства» (*S. W. v. the United Kingdom*) від 22 листопада 1995 р. принцип правової визначеності в контексті кримінального права означає, що особа має знати за які дії або бездіяльність її може бути притягнуто до кримінальної відповідальності з формулювання відповідного припису закону, а за потреби – за допомогою його тлумачення судом (п. 35).

Згідно практики ЄСПЛ адміністративні правопорушення, які мають кримінально-правову суть розглядаються як кримінальні з обов'язковістю додержання процесуальних гарантій для людини (правила Енгеля, справа ЄСПЛ Швидка проти України).

Висновки. Можливість притягувати до відповідальності за невизначеними нормами є індикатором корупційних практик. Пересічний громадянин не може осягнути все законодавство разом з бланкетними нормами, тлумаченням оціночних понять та інше. Тим паче, якщо ці норми неоднозначно тлумачаться. Крім того, необхідно приймати до увагу правові звичаї, які також є джерелом права. Незнання закону не звільняє від відповідальності. Але якщо більшість людей сприймає норми закону іншим чином, то вже з'являється питання щодо цього.

Тютюнопаління є шкідливим для здоров'я курців, а також інших осіб. Але норми закону щодо відповідальності за тютюнопаління мають бути визначеними. Є декілька шляхів вирішення цієї проблеми. Перший шлях встановити заборонювальні знаки щодо паління у всіх місцях, де це заборонено (як це передбачено законом). Другий шлях передбачити в законі, що заборонювальні знаки щодо паління мають бути лише в тих місцях, яких немає в переліку ст. 13 закону. В цьому випадку необхідно чітко визначати межі відповідних місць та позначати їх відповідним знаком або надписом («зупинка громадського транспорту», «дитячий майданчик» та ін. Третій шлях передбачити місця для паління та зазначити в законі, що паління можливе лише у спеціально-відведених місцях. Але їх має бути достатньо щоб не обмежувати права таких людей.

Шрамко С. С.,
*старший дослідник, кандидат юридичних наук,
старший науковий співробітник відділу кримінологічних досліджень
НДІ ВПЗ імені академіка В. В. Сташиса НАПрН України*

БЕЗПЕКА ДОРОЖНЬОГО РУХУ В АСПЕКТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я¹

Безпека дорожнього руху небезпідставно розглядається як проблема у сфері громадського здоров'я – ВООЗ назвала дорожньо-транспортні події (далі – ДТП) головною глобальною небезпекою для здоров'я через настання тяжких наслідків, а саме зростаючу смертність та інвалідність. Дійсно, ДТП є причиною смерті номер один серед людей віком 15–29 років і розглядається у світі як епідемія, що потребує не меншої уваги ніж інфекційні захворювання.

Під громадським здоров'ям розуміється сфера знань та організована діяльність суб'єктів системи громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя. Система же громадського здоров'я являє комплекс інструментів та заходів, що здійснюються суб'єктами системи громадського здоров'я та спрямовані на захист і зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення [1]. Загалом, система громадського здоров'я є тією ланкою, яка несе основний тягар наслідків дорожньо-транспортного травматизму (далі – ДТТ) і тому має відігравати більш впливову роль у його профілактики. Роль системи громадського здоров'я чітко прослідковується на етапі коли ДТП вже сталася, але її роль безпосередньо до настання події чітко не визначена. Зазначене підштовхнуло дослідників до наукової розвідки з метою виявлення можливих напрямів профілактичної діяльності, у результаті якої встановлено, що комунікація/інформування є найважливішим напрямом, на якому система охорони здоров'я має зосередитися та розробити стратегію для його втілення [2].

¹Примітка. Тези підготовлено на виконання теми фундаментального наукового дослідження НДІ ВПЗ «Стратегія запобігання правопорушенням у сфері дорожнього руху та експлуатації транспорту в Україні» (номер державної реєстрації 0120U105615).

Цей напрям включає, зокрема, проведення медичних кампаній із профілактики ДТТ. Такі кампанії профілактики дорожнього травматизму спрямовані на підвищення обізнаності громадськості щодо безпеки на дорогах та можуть позитивно вплинути на профілактику ДТТ. Їх особливість полягає у тому, що вони орієнтовані передусім на конкретну цільову аудиторію – людей у віці 5–29 років та мотоциклістів, тобто уразливу категорію громадян. Кампанії можуть включати: наочну демонстрацію травматичних наслідків внаслідок недотримання правил дорожнього руху, ігнорування використання спеціальних засобів безпеки, навчання навичкам першої допомоги жертвам ДТП, психологічне консультування, тощо. Головна мета цього напрямку – підвищення чутливості громадськості та влади до ДТТ.

Під час опитування громадян України про стан дотримання правил дорожнього руху¹ на запитання щодо їх думки стосовно причин порушення ПДР пішоходами 49,6% респондентів указали на низьку культури поведінки; 51,6% – на відчуття безкарності; 50,9% – на легковажність; 40,6% – на неуважність; 40,6% – на незнання ПДР. На запитання щодо думки стосовно причин порушення ПДР водіяма на низьку культуру вказали 46,3% респондентів; 67,4% – на нехтування дотримання ПДР; 47,3% – на відчуття безкарності; 38,4% – на легковажність. Майже 74% опитуваних респондентів вважають значною роль правосвідомості (правової культури) громадян в забезпеченні дорожнього руху. Разом із тим, 44,1% респондентів зазначили, що стан правосвідомості (правової культури) учасників дорожнього руху недостатній; на думку 24,8% – потребує покращення; вважають достатнім 23,8% і лише 6,8% – високим.

Слід згадати також і про категорію віктимної поведінки – небезпечної для себе поведінки. Вона підвищує ризик потрапляння в ДТП, травматизації або загибелі при взаємодії з іншими учасниками дорожнього руху в конкретній дорожній ситуації [3, с. 126]. Така поведінка знижує здатність розпізнавати дорожню небезпеку, передбачати наміри інших учасників, а також ослаблює психологічну готовність забезпечити власне життя і здоров'я в аварійній ситуації та уникнути серйозних травм або загибелі. З одного боку, віктимна поведінка полягає у створенні аварійної ситуації, внаслідок порушення вимог і заборон правил, призначених для

¹ Опитування проводилося фахівцями відділу кримінологічних досліджень Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса упродовж 2023 р.

запобігання ДТП та відвернення їх наслідків. З другого боку, така поведінка включає недотримання обов'язкових правил обережності, призначених для передбачення небезпеки на дорозі і збереження свого життя та здоров'я [4, с. 126].

Отже, прямою загрозою громадському здоров'ю є незадовільний стан правосвідомості українських громадян. У зв'язку із чим потребує перегляду національний підхід до покращення дорожньо-транспортної безпеки, в якому чільне місце має посісти просвітницький і культурологічний напрям профілактики ДТТ. Формування правосвідомості доволі складний та тривалий процес, який може тривати роками. Інстинкт самозбереження, навіпаки, спрацьовує швидше. Видається саме система громадського здоров'я має незаперечні аргументи на користь дотримання правил дорожнього руху, наприклад, лікарі можуть доводити інформацію про характер травм внаслідок ДТП та наслідків, що спричиняються здоров'ю людини. Якщо згадати COVID-19, то фахові виступи лікарів щодо заходів профілактики захворювання доходили до адресатів і люди намагалися дотримуватися необхідних правил. Із безпекою дорожнього руху так само: запобігти ДТТ та знизити смертність можна скоригувавши свою поведінку.

Список використаних джерел:

1. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 №2573-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
2. Azami-Aghdash S, Gorji HA, Gharraee H, Moosavi A, Sadeghi-Bazargani H. Role of Health Sector in Road Traffic Injuries Prevention: A Public Health Approach. *Int J Prev Med.* 2021 Oct 26;12:150. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_225_19. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8631116/#ref32>
3. Головкін Б. М. Віктимна поведінка жертв злочинів. Проблеми законності. 2016. Вип. 135. С. 124–135. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pz_2016_135_15
4. Головкін Б. М. Віктимна поведінка вразливих учасників дорожнього руху. 36. мат. Всеукр. наук. конф. «Державно-правові засади формування безпекового середовища в Україні: сучасні виклики» м. Одеса, 12 грудня 2022 р. Одеса, ОДУВС, 2022. С. 106–109.
5. Головкін Б. М. Вплив віктимної поведінки на аварійність, травматизм та смертність на дорогах. *Забезпечення безпеки дорожнього руху: глобальні та локальні рішення: міжнар. наук-практ. конф.* (17 лист. м. Кривий Ріг). Кривий Ріг, 2023. С. 29–32. URL: <https://dnuvs.ukr.education/wp-content/uploads/2023/11/zbirnyk-materialiv-mnpk-17.11.2023.pdf>

Наукове видання

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Матеріали VII Медико-правового форуму
(15 грудня 2023 року)

Укладачі:

ЗАБУГА Юлія Юріївна,
МИХАЙЛІЧЕНКО Тетяна Олександрівна,
САЛАШНА Альона Вікторівна

Електронне наукове видання

Видається в авторській редакції
Комп'ютерна верстка *А. Т. Гринченка*

Підписано до поширення через мережу Інтернет 30.12.2023.
Відповідає формату друкованого видання 60×84/16. Гарнітура Times.
Обл.-вид. арк. 8. Об'єм даних 3,1 Мб.
Вид. № 3289

Видавництво «Право» Національної академії правових наук України
та Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого,
вул. Чернишевська, 80, Харків, 61002, Україна
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

