

формі викладав суть справи, не будучи пов'язаний, як раніше, необхідністю обрати визначену типову формулу позовної заяви.

Хоча форми позовів втратили своє процесуально-технічне значення, але зберегли свою функцію як засіб упорядкування й обробки матеріального права, котре у багатьох випадках виглядає як система судових прецедентів, сутність яких полягає в тому, що суддя зобов'язаний застосовувати правила, сформульовані раніше вищим судом, при вирішенні аналогічної справи.

Викладене дозволяє дійти висновку, що основними джерелами цивільного права Англії на різних етапах його формування були: загальне право, право справедливості та прецедентне право.

Література

1. Батлер У.З. Взаимодействие международного и национального права // Сов. гос. и право. – 1987. – № 5.
2. Косарев А.И. Римское частное право. – М., 1998.
3. Романов А.К. Правовая система Англии. – М., 2000.
4. Цвайгерт К., Кетц Х. Введение в сравнительное правоведение в сфере частного права. Т. I. Основы.: Пер. с нем. – М., 1998.

УДК 347.161:351.77

О.В. Крилова

ПРАВА ПАЦІЄНТА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ТА ЇХ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Правами пацієнта як особи, що звернулася за медичною допомогою, називають специфічні права, похідні від загальних цивільних, політичних, економічних, соціальних та культурних прав людини і таких, що регулюються при отриманні медичної допомоги і пов'язаних з нею послуг або у зв'язку з будь-яким медичним впливом, що здійснюється стосовно людини [5, с. 93]. Враховуючи спрямованість сучасного законодавства на всебічний захист прав та свобод людини, його поступову орієнтацію на відповідність Європейській Конвенції із захисту прав людини, дослідження прав пацієнта медичного закладу є актуальним. Адже сьогодні попри існування численних нормативних актів, що регулюють медичну діяльність, немає жодного систематизованого, в якому б знайшли детальну регламентацію якщо не всі, то хоча б більшість прав пацієнта. У сучасній юридичній та медичній науці появляються дослідження відносин сторін у договорі про надання медичної допомоги. Українські вчені Й. Турак, Є. Толстая, О. Пунда та російські О. Тихомиров, А. Сироткіна розглянули достатньо широке коло проблем, серед яких і нормативне регулювання прав пацієнта. Разом з тим ґрунтовні дослідження в цій сфері відсутні. Це зумовлює інтерес до систематизації зазначених прав і з'ясування їх правової забезпеченості.

Виділяють соціальні й індивідуальні права пацієнта. Якщо соціальні права є досягненням усього суспільства, показником стану його розвитку й обов'язок

їх дотримання та забезпечення покладений на державу та її відповідні органи, а ступінь досконалості їх зумовлений багатьма політичними, культурними й економічними факторами, то індивідуальні права пацієнта можна розглядати як приватні, які виникають у конкретних правовідносинах з надання медичної допомоги між пацієнтом та лікарем або лікуючим закладом. Саме ці права регулюються цивільним законодавством і є невід'ємними від особистості пацієнта. Обсяг таких прав напрацьований міжнародною практикою і частково врахований при формуванні сучасного цивільного законодавства. До таких прав зазвичай належать:

- право на звернення до будь-якого медичного закладу за наданням невідкладної медичної допомоги;
- право на звернення до обраного медичного закладу за отриманням медичної допомоги в межах можливостей цього закладу;
- право на поважне, гуманне ставлення до особистості при наданні медичної допомоги;
- право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, можливий ризик та наслідки відмови від лікування;
- право на усвідомлену згоду й інформовану добровільну відмову від медичного втручання;
- право на конфіденційність при зверненні за медичною допомогою;
- право обрання лікаря в межах лікувального закладу;
- право на якісну медичну допомогу відповідно до стандартів та стану здоров'я пацієнта;
- право на участь у власному лікуванні;
- право на поліпшення страждань і гідну смерть;
- право на повагу в межах медичного закладу до приватних і соціальних прав.

Ці права вимагають їх тлумачення і розкриття на рівні підзаконного акта, яким були б заповнені прогалини в регулюванні зазначених відносин з надання медичної допомоги.

Право на вибір лікаря. При наданні окремих послуг має значення персоніфікація особистості виконавця. Така точка зору, яка висловлювалася в юридичній літературі, може бути слушною з огляду на специфіку медичних послуг. Адже пацієнту надано право визначитися, який саме лікар буде його лікувати. Право на вибір лікаря дозволяє пацієнту звернутися до обраного ним лікаря, вимагати заміни лікаря, призначеного керівником лікувальної установи чи підрозділу. Таке розуміння права на вибір лікаря передбачено ст. 34 «Основ законодавства України про охорону здоров'я». Воно обмежене лише наданням пацієнту повноважень стосовно обрання лікуючого лікаря в закладі охорони здоров'я. Разом з тим до змісту права на вибір лікаря входить не тільки право на вибір лікуючого лікаря в межах медичного закладу, а й обрання самого медичного закладу. Відповідно до ст. 38 зазначеного Закону, кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад

має можливість забезпечити відповідне лікування. Пацієнт не обмежений у праві обрати на власний розсуд умови надання медичної допомоги: зокрема, звернутися до медичного закладу, який надає оплатні послуги, має більш високий рівень технічної забезпеченості тощо. Разом з тим необхідно виділити як окремий аспект права на медичну допомогу можливість пацієнта звернутися до будь-якого медичного закладу (незалежно від відомчої підпорядкованості, форми власності) і отримати безкоштовну першу невідкладну медичну допомогу в невідкладних та екстремальних ситуаціях. До таких ситуацій закон (ст. 37 Основ) відносить нещасні випадки і гострі захворювання. Можливо, з медичної точки зору цими поняттями охоплюються всі випадки перебування пацієнта у стані, що обумовлює необхідність надання йому термінової допомоги, оскільки невжиття заходів медичного втручання може загрожувати його життю і здоров'ю.

Як і деякі інші права пацієнта, його право на вибір лікаря може бути частково обмежене. Ці обмеження встановлені законом. Так, у випадках обов'язкового (примусового) лікування пацієнт позбавлений можливості обирати лікувальний заклад. У межах лікувального закладу право пацієнта на вибір лікуючого лікаря обмежується наявністю зустрічного права лікуючого лікаря відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо той не виконує медичні призначення, правила внутрішнього розпорядку лікувальної установи (ст. 34 Основ). До такої санкції можна віднести як відмову в наданні медичної допомоги взагалі, так і обмеження в праві на вибір лікаря, якщо наслідком зловживань пацієнта медичний заклад обере зміну лікуючого лікаря.

Крім зазначеного, проблемним питанням є можливість законодавчого включення до права на вибір лікаря можливості пацієнта порушувати питання про скликання консилиуму та про надання консультаційної допомоги іншим фахівцем. Окремими законами передбачено обов'язкове проведення консилиуму перед деякими видами медичних втручань. Так, наприклад, відповідно до «Порядку узяття, зберігання і використання кісткового мозку», затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.05.2000 р., «узяття кісткового мозку в живого донора дозволяється на підставі висновку консилиуму лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи після його всебічного медичного обстеження». У решті випадків колегіальне обговорення лікарями складних ситуацій у діагностиці й лікуванні застосовується без наявності на це спеціального нормативного акта. Це можна вважати правомірним з огляду на специфіку медичної діяльності, яку неможливо скерувати законом. Проте законом можна захистити права пацієнта на вибір лікаря шляхом не лише надання йому можливості обрати лікуючого лікаря, а й шляхом надання йому можливості вимагати в окремих випадках колегіального вирішення долі його подальшого лікування за участю кількох фахівців. Підставами для застосування такого права можуть бути випадки тривалого обстеження, що не привело до встановлення остаточного діагнозу, наявність неузгоджених між собою висновків щодо стану здоров'я пацієнта, виданих різними медичними закладами, тощо.

Особливу увагу слід звернути на застосування ризикованих методів діагностики та лікування, які також мають здійснюватись під комісійним контролем лікарів. Закон України «Про психіатричну допомогу» містить обов'язок контролю комісії лікарів-психіатрів за застосуванням психіатричної допомоги методами діагностики та лікування і лікарських засобів, які становлять підвищений ризик для здоров'я людини. Доцільно введення такої норми щодо будь-якого медичного втручання, а не лише задля забезпечення прав психічно хворих. Така комісія обов'язково повинна створюватись у разі, коли застосування ризикованого методу не вимагається таким станом пацієнта, який потребує невідкладних ризикованих заходів. Під такою комісією слід розуміти два чи більше фахівців, які колегіально приймають рішення з питань, пов'язаних з наданням допомоги. Колегіальне вирішення окремих питань надання медичної допомоги можна вважати одним із заходів запобігання лікарським помилкам. Саме так пояснюють появу консиліуму взагалі. У Стародавньому Римі бог Конс, від імені якого походить слово «консиліум», вважався покровителем зрілих колосів та зрілих думок. Отже, збираючись на консиліум, досвідні фахівці давали свої поради, хоча відповідальність за життя хворого ніс лише лікуючий лікар [11, с. 43]. Не заперечуючи проти того, що навіть при колегіальному вирішенні складних питань лікування саме на лікаря має покладатися виконання обов'язків медичного закладу щодо обрання методів лікування та діагностики, слід визнати доцільним все ж надати хворому можливість в окремих випадках вимагати скликання консиліуму.

Відповідно до ст. 287 ЦК, людина, яка перебуває на стаціонарному лікуванні, має право на допуск до неї інших медичних працівників. Отже, пацієнт, навіть перебуваючи на стаціонарному лікуванні, не позбавлений права звернутися за допомогою до іншого лікаря поряд з обраним у даному медичному закладі.

Таким чином, узагальнюючи викладене, можна визначити змістові складові права на вибір лікаря. До них слід віднести права:

- обрати медичний заклад або іншого фахівця в галузі медицини, який має право надавати послуги з медичної допомоги;
- обрати лікаря в межах медичного закладу;
- вимагати скликання консиліуму;
- вимагати залучення іншого фахівця для надання консультаційної допомоги (наприклад, у разі якщо людина має інші хвороби, які можуть бути ускладнені лікуванням);
- залучити іншого фахівця до власного лікування.

Одним із головних прав, наданих пацієнтові, можна вважати право пацієнта на участь у власному лікуванні. Воно проголошено у ч. 2 ст. 284 ЦК. Цивільний кодекс вперше в історії розвитку законодавства України виокремив це право. Тенденція до законодавчого закріплення прав пацієнта взагалі і права на участь у власному лікуванні зокрема продиктована врахуванням міжнародних нормативно-правових актів у питаннях медичної допомоги. Ще 1980 року Комітетом міністрів Ради Європи була прийнята Рекомендація (R (80)4) держа-

вам учасникам стосовно проблеми пацієнта як активного учасника свого власного лікування [6]. Зазначені рекомендації були обумовлені рядом факторів, серед яких Комітет міністрів відмітив те, що здатність пацієнтів надати допомогу самому собі є важливим вкладом у збереження і поновлення здоров'я. У цьому документі звернена увага на: суттєвий перехід від підпорядкованості пацієнта до співробітництва з лікарем; ризик технічних розробок в медицині; важкість розмежування між профілактикою і початком лікування. Рекомендаціями визнана позитивність руху людей, які намагаються самовизначитись у наданні їм медичної допомоги, окремі пацієнти і населення в цілому переходять від пасивної залежності до активної участі у власному лікуванні та поновленні здоров'я, створюють асоціації, здатні брати участь у роботі системи надання медичної допомоги. Така активна участь пацієнтів пов'язана із самонавчанням, підвищенням рівня знань основ надання допомоги, які надають пацієнтові змогу краще зрозуміти рівень можливостей і обмежень професійної медичної допомоги, більш свідомо приймати рішення стосовно власного лікування. Зазначені Рекомендації стосувалися політики охорони здоров'я, освіти, у тому числі професійної, та інформації в охороні здоров'я, навчання та практики, профілактики захворювань, психології медичної допомоги та ін., рекомендовано сприяти включенню в освіту елементів профілактики, самодослідження, самолікування легких захворювань і першої допомоги. При цьому свідомий вибір допомоги самому собі не слід розуміти як відмову від професійної допомоги.

Досліджуючи класифікацію прав громадян у сфері охорони здоров'я, І. Григор'єв і О. Александрова серед інших прав пацієнтів виділяють право на самолікування [3, с. 44]. Таке право може бути реалізовано шляхом відмови від укладення договору про надання медичної допомоги або відмови від будь-якого медичного втручання з одночасним вжиттям власних заходів, спрямованих на поліпшення фізичних страждань і поновлення свого здоров'я. Разом з тим таке право може бути реалізовано і шляхом участі у власному лікуванні поряд з наданням медичної допомоги лікарем. У цьому разі дії обох сторін мають бути узгодженими між собою. Це означає не лише те, що пацієнт застосовує поряд з призначеннями лікаря власні заходи лікування. Така участь у власному лікуванні може виявлятися у визначенні разом з лікарем заходів, спрямованих на відновлення здоров'я.

Таким чином, участь у власному лікуванні виявляється вже на стадії надання згоди на медичне втручання і реалізації права на вибір лікаря. Але це лише початковий етап, де участь пацієнта обмежена прийняттям рішення про обрання надавача послуг. Проте кожний наступний етап лікування розширює зазначені межі.

Питання участі пацієнта у власному лікуванні періодично поставало на сторінках різноманітної медичної літератури, частіше при обговоренні деонтологічних проблем. Існували як прихильники участі пацієнта в прийнятті рішень, так і противники. На думку одних вчених, «лікар повинен поважати право пацієнта на усвідомлену участь у прийнятті основних лікарських рішень, що стосуються

його здоров'я» [10], а «кожен хворий цікавиться своєю хворобою, намагається зрозуміти її та оцінити свої шанси на одужання» [7]. Інші вважали, що пацієнт не повинен втручатися у процес лікування, оскільки він виступає як суб'єкт «потреб, а не прав» [8]. Обговорення з пацієнтом його хвороби розцінювалося як деонтологічно невірний вчинок, оскільки радитися лікар може лише з колегами, а не з хворим, який має отримати лише результат міркувань лікаря [4, с. 14]. «Сумніватися, переживати, – на думку відомого радянського морфолога С.С. Вайля, – справа лікаря, а не хворого: від переживань і вагань лікаря може бути користь, якщо ж цим буде займатися хворий, якому повідомлять про можливість різних діагнозів або методів терапії, то від цього буде лише шкода» [1, с. 93]. Таке розуміння відображає погляд на пацієнта як на споживача послуг, який не повинен втручатися в діяльність виконавця (надавача, виробника) послуг, навіть незважаючи на те, що послуги виконуються за його бажанням і пов'язані з втручанням в його організм. Прибічники такої точки зору вважали неприпустимим, щоб «пацієнт, прочитавши кілька популярних статей чи книг, а можливо, і спеціальну літературу, вступав у полеміку з лікарем» [2, с. 218]. Видатний російський професор М.Я. Яровинський наводить приклад неповажного ставлення лікаря до думки самого пацієнта. Пацієнтка після трансплантації нирки потребувала вжиття препаратів, пригніблюючих імунітет. Будучи освіченою людиною, вона сама переклала з англійської анотацію до препарату і неодноразово звертала увагу лікаря на гранично допустимі дози. Проте лікар заборонив їй втручатися не у свою справу. І пацієнтка вмерла від важкої пневмонії, оскільки витривалість організму була повністю пригнічена [11, с. 43]. Такий випадок можна вважати прикладом грубого порушення прав пацієнта. Сьогодні з введенням у дію ч. 2 ст. 284 ЦК, відповідно до якої пацієнт має право на вибір як медичного закладу, так і методів лікування, дискусії з цього приводу доцільні лише в обговоренні деонтологічних проблем спілкування лікаря і хворого з метою досягти консенсусу в напрямках боротьби з хворобою. Прийняття пацієнтом рішення щодо методів власного лікування є доцільним з огляду на те, що пацієнт повинен мати можливість обрати засіб поновлення власного здоров'я із застосуванням найбільш для нього прийнятних втручання. Це може бути більш або менш агресивне втручання, консервативне або хірургічне лікування, більш або менш тривалий час лікування тощо. Врешті пацієнт, враховуючи перспективу розвитку хвороби, її небезпечність для життя у співвідношенні із запропонованими лікарем методами лікування, може взагалі відмовитись від нього. Крім того, він не позбавлений права порівняти запропоновані методи лікування з тими, про які він отримав відомості і пропозицію послуг у іншого лікаря. Що ж стосується обізнаності пацієнта в окремих питаннях лікування власної хвороби за допомогою його начитаності, то юридичної проблеми тут не виникає. Широко застосовуваний для позначення таких пацієнтів термін «войовничий дилетант» зазвичай ототожнюється з пацієнтом, що дратує лікаря. Разом з тим покладення на лікаря обов'язку роз'яснити пацієнтові суть хвороби, її наслідки і перспективи одужання, а також коло методів лікування і їх дієвість забезпечує пацієнтові право на обговорення

будь-яких питань, пов'язаних з лікуванням. У тому числі й обговорення тих методів, про які пацієнт дізнався з популярної, спеціальної літератури або реклами. Мотивована відмова пацієнта від застосування запропонованого методу лікування іноді може бути сприйнята лікарем як цілком вірна (наявність інших прихованих захворювань, що унеможливають втручання, алергічні або неспецифічні реакції пацієнта, що не були враховані або не могли бути прогнозовані, тощо). Отже, спілкування обох сторін в жодному разі не може зашкодити якості послуги, хоча, безумовно, конструктивна співпраця та взаєморозуміння між пацієнтом і лікарем сприятиме пошуку нових напрямів лікування.

На думку Й.А. Турак, для уникнення асиметрії в правах і обов'язках учасників надання-отримання медичної допомоги покладаються певні обов'язки і на пацієнтів, а взагалі усунення такої асиметрії має досягатися законодавчим регулюванням прав і обов'язків учасників зазначеного процесу [9]. Але з включенням 2003 року відносин з надання медичної допомоги у сферу цивільного права будь-якої підпорядкованості між лікарем та пацієнтом покладено край. Адже однією з характерних рис методу цивільно-правового регулювання є юридична рівність сторін незалежно від кількості прав та обов'язків, якими вони наділені в кожному окремому договорі, у тому числі й при наданні медичної допомоги. У залежності від обставин укладення договору, суб'єкта надання медичної допомоги та інших обставин на пацієнта можуть бути покладені обов'язки або він може бути наділений лише правами. Право на участь у власному лікуванні в межах укладеного договору про надання медичної допомоги передбачає визначення його меж. Так, за змістом ст. 34 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», вибір методів лікування пацієнт може здійснити в межах рекомендацій лікуючого лікаря. Після обрання й узгодження лікувального методу пацієнт зобов'язується виконувати медичні приписи. Крім того, надання медичної допомоги, яке пов'язане з госпіталізацією, передбачає необхідність дотримуватися правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, в якому перебуває пацієнт. Недотримання пацієнтом зазначених правил та рекомендацій можна розглядати як порушення обов'язку в договорі про надання медичної допомоги і може зумовити розірвання договору на вимогу лікаря (медичного закладу). Винятком з цього правила, відповідно до ст. 34 «Основ...», є випадки, коли таке розірвання договору і відмова в подальшому наданні послуг з медичної допомоги загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення. Таким чином, закон визначає порядок розірвання договору на вимогу лікаря. Отже, після зникнення загрози в наданні подальших послуг може бути відмовлено. Доцільно визначити часові межі можливості застосування медичним закладом права на розірвання договору. Так, чи дає підставу для розірвання договору єдиний випадок порушення або потрібна система таких порушень? Якщо після усунення загрози життю хворого і оточуючих пацієнт припинив вчиняти порушення, то чи можливо в такому разі застосувати відповідальність у вигляді припинення подальшого лікування? З огляду на договірний характер відносин доцільно визначити умови, за яких договір може бути розірваний на вимогу медичного закладу. При цьому необхідно зазначити, що

підставою для розірвання договору на вимогу медичного закладу може бути й одноразове порушення пацієнтом медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, якщо це порушення було грубим, тобто спричинило або могло спричинити тяжкі наслідки для самого хворого чи оточуючих. Крім того, доцільно надати право медичному закладу застосовувати такий вид відповідальності, як розірвання договору, протягом всього часу існування договірних відносин незалежно від того, чи було порушення припинено, чи воно є триваючим.

Уявляється, що продовження наукових досліджень у сфері регулювання прав пацієнта, виокремлення найбільш важливих питань дотримання цих прав, їх поєднання з обов'язками пацієнта дозволить запропонувати законодавчі зміни, які б відповідали потребам людини як учасника цивільних правовідносин.

Література

1. Вайль С.С. Некоторые вопросы врачебной деонтологии. – М.: Медицина. – 1969. – 44 с.
2. Велишева Л.С. Врачебные ошибки в педиатрической практике // *Вопр. травматологии, скелетно-мышечной смерти и деонтологии в экспертной практике.* – М.: Медгиз, 1963.
3. Григорьев И., Александрова О. Классификация прав граждан в сфере охраны здоровья с позиции их юридической силы // *Врач.* – 2003. – № 10.
4. Концевич И.А. Долг и ответственность врача (судебно-медицинские аспекты). – К.: Вища шк., 1983. – 112 с.
5. Основы медицинского права: Курс лекций: Учеб. пособие для вузов / Г.Р. Колоколов, Н.В. Косолапова, О.В. Никульникова. – М.: Экзамен, 2005. – 320 с.
6. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – К.: Сфера, 1999.
7. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – 5-е изд., перераб. – Л.: Медгиз, 1956. – 64 с.
8. Петросян М.Е. Врач и пациент: этического-правового аспекта. – М.: Изд-во АН СССР, 1990. – 29 с.
9. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання: З погляду лікаря-практика. – Ужгород: ВАТ «Закарпаття», 2002. – 192 с.
10. Шабалов Н.П. Детские болезни. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 1999. – 1088 с.
11. Яровинский М.Я. Проблема ошибки в профессиональной деятельности медработников // *Мед. помощь.* – 1996. – № 6.

УДК 347.256

В.О. Кутателадзе

ПОНЯТТЯ ТА ХАРАКТЕРНІ РИСИ СУПЕРФІЦІЮ ЗА РИМСЬКИМ ПРИВАТНИМ ПРАВОМ

Цивільний кодекс України поміж речових прав на чужі речі передбачає право за будови земельної ділянки (суперфіцій) (глава 34 ЦК України). Оскільки право за будови земельної ділянки (суперфіцій), є досить відомим і старовинним інститутом, виникає питання про його генезис з метою з'ясування його правової природи, місця в системі категорій цивільного права тощо.