

11. Skliarov Ye.Ia, Martyniuk IO, Lemishko BB, Sanolohiia i valeolohiia – dvi rивnoznachni haluzi medytsyny. Praktychna medytsyna. 2003 Trav 12;9(5):120–2.
12. Sorokina SI, Teslenko OI, Sorokina YeO. Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia studentiv-medykiv za dopomohoiu okremykh inovatsiinykh osvitynykh tekhnolohii. Materialy Vseukr. navch.- metod. konf. Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia studentiv-medykiv zasobamy osvity; 2011 Kvit 22-24; Poltava. Poltava: UMSA; 2011, s.88-89.
13. TDMU. Metodychna vkazivka dlia praktychnoho zaniattia z dystsypliny «vydy ozdorovcho-rekreatsiinoi rukhovoi aktyvnosti» dlia studentiv I kursu medychnoho fakultetu [Internet]. Ternopil: TDMU; 2014 [onovleno 2014 Sich 14; tsytovano 2017 Zhov 15]. Dostupno: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/fiz_reabil/metod_rozrobky/uk/med/health/ptn/htm
14. Shemyhon NIu. Formuvannia tsinnisnykh oriientsii maibutnykh pedahohiv u protsesi profesiinoi pidhotovky [avtoreferat]. Kharkiv: Khark. nats. ped. un-t; 2008. 21 s.

Реферати

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Скринник Е.А.

Определены особенности формирования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни студентов-медиков в условиях учебно-воспитательного процесса высшего медицинского учебного заведения. Раскрыто содержание понятий ценности здоровья и ценности здорового образа жизни. Определено значение аксиологии, деонтологии, валеологии и физического воспитания в профессиональной подготовке будущих врачей.

Ключевые слова: ценности здоровья, студенты-медики, профессиональная подготовка.

Стаття надійшла 12.11.2017 р.

FORMING OF VALUED ATTITUDE TO HEALTH OF MEDICAL STUDENTS IN THE CONDITIONS OF EDUCATIONAL PROCESS

Skrinnik Je.A.

Peculiarities of forming the valued attitude to the health and healthy lifestyle of medical students in the conditions of the educational process at the higher medical educational establishment are determined. The content of the notions "value of health" and "value of the healthy lifestyle" is disclosed. The importance of axiology, deontology, valeology and physical education in training the future doctors has been determined.

Key words: value of health, medical students, training.

DOI 10.26.724 / 2079-8334-2018-1-63-216-223

УДК 342.7

Совгиря О.В., Янчук А.О.¹

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Міністерство охорони здоров'я України¹, м. Київ

ПРАВО НА ЖИТТЯ: СУЧАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ТА ПРАВОВИЙ КОНТЕКСТ

e-mail: olga_sovgiria@ukr.net

У дослідженні охарактеризовано сучасні медико-правові аспекти права на життя, серед яких проблеми щодо: часових меж поняття "життя" та права жінки вирішувати питання про припинення вагітності (право на аборт); евтаназії (зокрема, дитячої); використання ембріонів у медичних цілях; репродуктивних технологій, клонування, сурогатного материнства. В частині характеристики проблеми правового регулювання трансплантації в Україні наведено найважливіші міжнародні стандарти, проаналізовано законодавство України, окреслено способи подолання проблем правового регулювання. Також проаналізовано модель організації трансплантації в Іспанії. Така модель має свою назву - MODELO ESPAÑOL (іспанська модель) і рекомендована ВООЗ як зразкова для застосування в інших державах.

Ключові слова: право на життя, правові аспекти: трансплантації, використання ембріонів людини, евтаназії.

Відповідно до статті 27 Конституції України [10], кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави - захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань. У зв'язку із надзвичайною потужністю наукових технологій наука та техніка стають одночасно і величезною надією для людського прогресу, і однією з найбільш серйозних загроз, що вимагає інших підходів до етичної оцінки та правового регулювання їх результатів. У силу цього протиріччя формується біоетика як система знань про межі (зокрема, і в першу чергу правові) допустимого маніпулювання життям та смертю людини.

Метою роботи було визначити сучасні медико-правові аспекти права на життя, серед яких проблеми щодо: часових меж поняття "життя" та права жінки вирішувати питання про припинення вагітності (право на аборт).

Матеріал та методи дослідження. В роботі визначені сучасний стан правового регулювання за законодавством України; проблеми реалізації відповідних правових норм; досвід зарубіжних країн; пропозиції із вдосконалення правового регулювання в Україні.

Результати дослідження та їх обговорення. Групу прав людини, що впливають із реалізації права на життя, пропонують визначати як права нового покоління, називаючи їх біологічними (соматичними, фізичними, особистісними, вітальними, біотехнологічними) правами, що є суб'єктивними правами та визначаються біологічною структурою організму людини, його біологічними потребами [21]. Отже, розглянемо деякі проблеми правового регулювання права людини на життя в контексті комплексних медичних та правових проблем.

1. Проблема часових меж поняття "життя" та право жінки вирішувати питання про припинення вагітності (право на аборт). Почати характеристику теоретичних основ цього питання слід із того, що серед правників немає єдиної точки зору, відносно того, що вважати початком життя людини: її перебування в утробі матері чи момент народження? При цьому, в якості моменту народження пропонується розглядати як момент відділення дитини від матері, так і момент початку фізіологічних або штучних пологів. Зазначена проблема була предметом розгляду Європейського суду з прав людини (далі — ЄСПЛ), результатом чого стало рішення цієї установи під назвою "Во проти Франції" (Vo v. France) (2004) [31] (слід

значити, що відповідно до статті 17 Закону України “Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини” [25] Суди застосовують при розгляді справ Конвенцію та практику Суду як джерело права). Коротко суть справи полягала в тому що, лікар переплутавши пацієнток з однаковими прізвищами Во, здійснив медичні маніпуляції, наслідком чого стала загибель здорового ембріона пацієнтки з великим (24 тижні) строком вагітності. В результаті постало питання: чи можна притягти лікаря до відповідальності за злочин зі складом “ненавмисне вбивство людини”? У зазначеному рішенні ЄСПЛ дійшов висновку, що питання про те, з якого моменту виникає право людини на життя, повинно вирішуватись на національному рівні, оскільки, по-перше, у більшості держав серед тих, котрі ратифікували Європейську конвенцію про захист прав людини та основоположних свобод, зокрема, Франція, це питання однозначно не вирішене і залишається предметом публічних дебатів; по-друге, між європейськими державами загалом немає правового чи наукового консенсусу щодо визначення початкового моменту життя. Також у Рішенні зазначено, що природа і правовий статус ембріона чи плода не є визначений на європейському рівні загалом. Принаймні більшість європейських держав визнають, що людський ембріон належить до людського роду. На думку Суду, потенціал і здатність ембріона людини стати людиною потребують його захисту в ім'я людської гідності. Розвиваючи далі цю думку, ЄСПЛ звертався і до проблематики права жінки самостійно вирішувати питання про аборт в контексті того, кого потрібно захищати в першу чергу — здорову жінку, яка вже є сформованим повноцінним членом суспільства, чи плід, який в силу багатьох факторів може не народитися взагалі, або народитися мертвим? Європейський суд частково дав відповідь на це запитання у справі “Патон проти Сполученого Королівства” (Paton vs UK) [29] та визначив, що право, передбачене ст. 2 Європейської конвенції про захист прав людини та основоположних свобод (право на життя), передбачає право на аборт на ранніх стадіях вагітності, як спосіб захисту здоров'я і життя жінки. У зв'язку із низьким рівнем життя в Україні окремо варто звернути увагу на позицію ЄСПЛ у випадку здійснення абортів за соціальними показниками в межах визначених законодавством медичних підстав та обмежень. Так, у справі “Ейч. проти Норвегії” [28] (H. vs Norway) ЄСПЛ постановив, що законний аборт, вчинений на 14 тижні за встановленими в законі підставами, якщо вагітність, народження або турбота про дитину можуть поставити жінку в важку життєву ситуацію, не є порушенням ст. 2. (права на життя). Право жінки вільно вирішувати питання про народження дитини на сьогодні часто закріплюється у новітніх конституціях (прийнятих наприкінці XX століття і пізніше). Так, Конституція Сербії [8] встановлює, що життя людини недоторканне (стаття 14), але разом із тим, відповідно до статті 27, право людини – вільно вирішувати про народження дитини. Конституція Словенії [9] у статті 55 встановлює, що рішення про народження дитини приймається вільно, що гарантується державою, яка створює умови для прийняття батьками рішення про народження дітей. Як відомо, в окремих католицьких та мусульманських країнах аборт забороняється законодавчо (повністю або окрім виняткових випадків). У розрізі сучасних тенденцій розвитку біоетики прикметно те, що католицька церква, різні релігійні громади, неурядові організації, які борються за заборону абортів, виступають також за те, щоб разом із заборонаю абортів заборонити і дослідження в галузі трансплантації стовбурових клітин та способи лікування з їх застосуванням [17].

За законодавством України ненароджена істота не розглядається як людина, хоча в окремих випадках можуть захищатися інтереси зачатого, але ще ненародженої дитини (частина 2 статті 25 Цивільного кодексу України [22]). Аналіз змісту Наказу МОЗ України від 29. 03. 2006 р. № 179 [14] дає підстави стверджувати про те, що критерії початку життя людини визначаються в унісон із позицією наведеною в рішеннях ЄСПЛ, охарактеризованих вище. Так, згідно із зазначеним Наказом розрізняються поняття: плід, тобто внутрішньоутробний продукт зачаття, починаючи з повного 12-го тижня вагітності до вигнання/вилучення з організму матері (пункт 1.4. Наказу), та живонароджена дитина (пункти 2.5.-2.8. Наказу). В зазначених пунктах (2.5.-2.8.) факт визнання за плодом статусу дитини пов'язується із її відділенням від організму матері. Що стосується визначення моменту смерті людини, то це питання в Україні визначено законодавчо. Так, відповідно до частин 1, 2 статті 15 Закону України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” від 16. 07. 1999 р., зі змінами, людина вважається померлою з моменту, коли встановлена смерть її мозку. Смерть мозку означає повну і незворотну втрату всіх його функцій. Момент смерті мозку може бути встановлено, якщо виключені всі інші можливі за даних обставин причини втрати свідомості та реакції організму. Діагностичні критерії смерті мозку та процедура констатації моменту смерті людини встановлені наказом Міністерства охорони здоров'я України “Про встановлення діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини” від 23. 09. 2013 р. № 821 [13]. Нормативне закріплення таких критеріїв є особливо важливо в зв'язку із діяльністю, пов'язаною з трансплантацією органів, про що детально йтиметься далі.

2. Проблема трансплантації органів, інших анатомічних матеріалів людини та донорства.

Досягнення сучасної медицини дозволяють у багатьох випадках зберегти життя або поліпшити його якість. При цьому одним з найбільш ефективних і реальних способів досягнення таких результатів є трансплантація. На сьогодні світовим лідером у галузі трансплантації є Іспанія. Показники цієї країни такі: 14 трансплантацій щодня, 46,9 донорів на мільйон населення, за останні три роки кількість донорів збільшилася на 30%. Останній показник є удвічі більше ніж загалом в ЄС (21,5) і значно вище таких країн як США (30,8), Франція (28,7) та Великобританія (21,6). За 2017 рік в Іспанії було проведено 5261 трансплантацію, що вперше перевищило цифру 5000 трансплантацій. При цьому, прикметно, що більше половини донорів мають вік більше 60 років і майже третина — понад 70 років. Вік рекорду донорів становив 94 роки при трансплантації печінки. Середній вік донорів узгоджується з пацієнтами, які отримують ці органи [38]. В Україні у 2017 році було виконано лише 126 операцій із трансплантації, з них 119 – трансплантацій нирки, 5 трансплантацій печінки та 1 – легені. До того ж, більшість цих трансплантацій виконані від живого родинного донора, а трансплантацій від донора-трупа – лише дві [11]. Отже, проаналізуємо проблеми правового регулювання трансплантації в Україні (зокрема, наведемо найважливіші міжнародні стандарти в цій сфері), окреслимо способи їх подолання та визначимо модель організації трансплантацій в Іспанії. Така модель має свою назву - MODELO ESPAÑOL (іспанська модель) і рекомендована ВООЗ для застосування в інших державах. Законодавча регламентація трансплантація в Україні включає, в перш чергу, Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” від 16 липня 1999 року, зі змінами. Однак цей Закон не розв'язує сучасні проблеми в цій сфері, що буде показано нами далі. Так, у першу чергу, при здійсненні законодавчого регулювання питань трансплантації важливо визначитися із концептуальними принципами, що покладаються в основу такого регулювання. Розглянемо окремі Керівні принципи ВООЗ по трансплантації людських клітин, тканин і органів [18], найбільш проблемні з позицій їх правового регулювання та реалізації в Україні.

1. Принцип того, що для проведення трансплантації клітини, тканини і органи можуть бути вилучені з тіл померлих в разі, якщо: (а) отримано згоду в формі, якої вимагає закон, і (b) немає підстав вважати, що померла особа заперечувала проти такого вилучення. В системі чітко вираженої згоди, яку іноді називають системою “презупції незгоди” (“opting in”), клітини,

тканини і органи можуть бути вилучені з тіла померлого в разі, якщо померлим за життя було недвозначно заявлено згоду на таке вилучення. Залежно від існуючого в країні закону виявлення згоди допускається в усній формі або може бути зафіксовано в карті донора, водійських правах або посвідчення особи, або в медичній карті або в реєстрі донорів. У разі, якщо померлий при житті не залишив ні позитивного, ні чітко негативного ставлення до вилучення органу, дозвіл має бути отримано від уповноваженого в правовому порядку особи, яким зазвичай є член сім'ї. Друга система, яка є системою передбачуваної згоди, - інакше її називають "презумпцією згоди" ("opting (or contracting) out") - дозволяє здійснити вилучення матеріалу з тіла померлого для трансплантації (і в ряді країн - для анатомічного вивчення або в наукових цілях) в разі, якщо померлий при житті не висловив свого заперечення проти вилучення органу, яке має бути зафіксовано в офіційному документі в установленому порядку, або в разі, якщо інформована сторона не доведе до відома про заперечення, висловлені при житті померлим проти вилучення органу для трансплантації. З огляду на важливість отримання згоди з етичної точки зору, така система повинна забезпечити повну інформованість людей щодо існуючої політики і надання їм безперешкодної можливості піти по шляху незгоди. За статистикою, в Україні 63% респондентів підтримують право людини на пожертву своїх органів після смерті, щоб врятувати або покращити життя інших людей [11]. Але за станом на лютий 2018 року презумпція згоди для трансплантації за законодавством України не закріплена. Однак, насправді в світі успішно існують обидві моделі. І процвітання трансплантології як методу лікування залежить зовсім не від цього. На трупну трансплантологію впливає два фактори: якість і доступність інтенсивної терапії при лікуванні тяжких уражень головного мозку та стан трансплант-координаційної служби [1], про критерії належної організації якої йтиметься далі.

2. Принцип того, що лікарі, які засвідчують факт смерті потенційного донора, не повинні брати участь безпосередньо у вилученні у нього клітин, тканин або органів або в наступних процедурах пересадки. Не повинні вони бути й лікарями, що лікують потенційних реципієнтів таких клітин, тканин або органів. Реалізація цього принципу трансплантології в Україні є ускладненою. Так, на думку фахівців, за існуючого правового регулювання зазначеного питання, ні лікар, ні лікарня не зацікавлені ніяк у проведенні додаткової складної операції з вилучення трупних органів для трансплантації, оскільки додаткова операція не оплачується. У зв'язку із цим, пропонується комплексне рішення проблеми. З одного боку – автономізація медичних закладів, коли вони будуть отримувати кошти за кожну проведену операцію, а не за кількість днів, коли теоретично хворі лежать у стаціонарі. З іншого – створення системи трансплант-координаторів, які будуть працювати у ключових районах області. Це будуть лікарі (бажано анестезіологи), які пройдуть додаткове навчання, що зменшить ризик лікарської помилки при констатації смерті мозку та заборі органів і тканин. Вдалим варіантом матеріальної мотивації для них буде отримання грошової компенсації при кожному вдалому заборі органів або певного відсотка від суми успішної операції пересадки цих органів [1]. Загалом модель госпітальної трансплант-координації і відповідно алгоритм її правового регулювання мають виглядати наступним чином: поява потенційного донора в одній лікарні – забезпечення невідкладної діагностики смерті мозку – подальше інформування закладів охорони здоров'я, в яких проводиться трансплантація – розмова з родичами (законними представниками) потенційного донора для отримання інформованої згоди на вилучення органів – здійснення усіх необхідних обстежень та кондиціонування потенційного донора-трупа до прибуття бригади вилучення донорських органів – виїзд (виліт) бригади для забору і транспортування органів – виклик пацієнта з списку очікування – проведення операції – післяопераційне спостереження пацієнта. Для налагодження роботи на цьому ланцюжку, МОЗ України ініціювало внесення змін до посадової інструкції лікаря-анестезіолога. Відтепер лікар-анестезіолог має право діагностувати смерть мозку, виконувати заходи "кондиціонування" для збереження органів та/або тканин померлого для трансплантації, а також саме лікар-анестезіолог буде відповідальною особою в закладі охорони здоров'я за трансплант-координацію. Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників у частині посадової інструкції для лікаря-анестезіолога 14 вересня 2017 року були погоджені Міністерством соціальної політики України, з цього ж дня набрав чинності наказ, який затверджує ці зміни [11]. Так, згідно із зазначеним Наказом МОЗ України від 14. 09. 2017 р. № 1085 [12] лікар-анестезіолог проводить у встановленому порядку заходи з підтвердження діагнозу смерті мозку, виконує заходи «кондиціонування» для збереження органів та/або тканин померлого для трансплантації. Виконує функції та є відповідальною особою в закладі охорони здоров'я за трансплант-координацію.

3. Принцип того, що для пересадки слід максимально можливим чином брати органи у померлих, однак здійснювати безоплатну передачу органів при житті можуть і особи, які досягли повноліття, відповідно до існуючих в країні нормативно-правових актів. За загальним правилом, живі донори повинні знаходитися в генетичному, правовому або емоційному зв'язку зі своїми реципієнтами. Донорство за життя прийнятне в разі отримання інформованої і добровільної згоди донора, в разі забезпечення професійного догляду за донорами та належної організації подальшого спостереження, а також за умови сумнівного використання критеріїв відбору донорів і проведення контролю за цим процесом. Живі донори повинні бути поінформовані вичерпним чином і в зрозумілій формі про можливі ризики, переваги та наслідки надання людського матеріалу; вони повинні бути дієздатними, а також мати здатність аналізувати інформацію; вони повинні діяти на основі своєї доброї волі і бути вільними від будь-якого було тиску або примусу. Основною проблемою для України в частині реалізації цього принципу є те, що згідно із частиною 3 статті 12 Закону України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині" взяття гомотрансплантата (за винятком анатомічних матеріалів, здатних до регенерації) у живого донора допускається у випадках, коли реципієнт і донор перебувають у шлюбі або є близькими родичами (батько, мати, син, дочка, дід, баба, онук, онука, брат, сестра, дядько, тітка, племінник, племінниця). Таким чином, в Україні живе донорство обмежене лише генетичною складовою, тоді як за цитованим вище міжнародним стандартом живим донором також може бути особа, що перебуває в правовому або емоційному зв'язку з реципієнтом. Крім того, важливим є те, що крім права на життя, відносини у сфері трансплантології зачіпають і право пацієнта на фізичну (тілесну) недоторканність, що є одним із особистих конституційних прав. Так, відповідно до статті 29 Конституції України кожна людина має право на свободу та особисту недоторканність. У контексті трансплантології право на недоторканність розглядається як неможливість здійснення як вилучення органу або тканини, так і пересадки трансплантата без отримання добровільної інформованої згоди. Тут обов'язковим є якомога повніше обговорення пропонованої процедури з донором і реципієнтом (законними представниками). Лікар повинен бути об'єктивним при обговоренні процедури, при наданні інформації стосовно ризику і можливих небезпек, при поясненні можливих альтернативних процедур. А також він не повинен підтримувати очікування пацієнтів та їх представників, що не виправдані обставинами [16]. Принцип того, що надання клітин, тканин і органів живим донором здійснюється тільки на безоплатній основі, без якоїсь грошової виплати або іншої винагороди в грошовому вираженні. Необхідно заборонити покупку або пропозицію про покупку клітин, тканин або органів для трансплантації, або їх продаж живим донором або найближчим родичем померлого. Заборона на продаж або купівлю клітин, тканин або органів не

включаче відшкодування розумних і таких, що піддаються контролю витрат, понесених донором, включаючи втрату доходу, або оплати витрат, пов'язаних з доглядом, обробкою, збереженням і передачею людських клітин, тканин або органів для трансплантації. Отже, основною метою описаного принципу є декомерціалізація трансплантації. Загальновизнаним світовим стандартом у сфері трансплантології є те, що практика лікування, так званих комерційних хворих, коли останні шляхом внесення грошових сум за надання платних медичних послуг у вигляді трансплантації отримують необхідний трансплантат поза офіційної черги, не повинна поширюватись. Аргументи на користь такого підходу обумовлюються: конституційно визначеним принципом безкоштовності медичної допомоги, що не має обмежень залежно від матеріального або іншого статусу людини; трансплантація застосовується як крайній засіб лікування, коли всі інші методи лікування неефективні; в основі надання можливості отримати необхідний орган або тканину повинне знаходитись правило соціальної справедливості. Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" (стаття 18) встановлює, що укладання угод, що передбачають купівлю продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється. Відповідно до частини 3 статті 14 зазначеного Закону за бажанням повнолітньої дієздатної особи у неї може бути взято на зберігання за її рахунок кістковий мозок з метою використання у разі потреби для ауто трансплантації. За згодою донора його кістковий мозок може бути надано безоплатно або за плату для трансплантації іншій особі. Для працівників, зайнятих на роботах із підвищеним ризиком ураження кровотвірної системи, взяття кісткового мозку та його зберігання здійснюються за рахунок роботодавця. Порядок взяття, зберігання і використання кісткового мозку встановлюється Кабінетом Міністрів України. Відповідно до частини 4 статті 2 Закону України "Про донорство крові та її компонентів" від 23. 06. 1995 р., зі змінами [24], за особистим визначенням донора давання крові та (або) її компонентів може здійснюватися безоплатно або з оплатою, порядок якої встановлюється Кабінетом Міністрів України. Також Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" визначає, що діяльність, пов'язана з трансплантацією, фінансується за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів. Крім того, додаткове фінансування може здійснюватися за рахунок коштів, виділених на реалізацію заходів, що передбачені відповідними програмами, доходів від реалізації нових технологій та методів, іншої наукової продукції, за виготовлені біоімпланти, реактиви, апарати та обладнання, що застосовуються в медичній практиці, а також за рахунок добровільних внесків юридичних і фізичних осіб та інших не заборонених законодавством надходжень.

За Кримінальним кодексом України передбачено такі склади злочинів у сфері трансплантації: порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини; вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації; ці ж дії, вчинені щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного; незаконна торгівля органами або тканинами людини; всі дії, передбачені вище, вчинені за попередньою змовою групою осіб, або участь у транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю (стаття 143 Кримінального кодексу України). Крім того, передбачений склад злочину "Насильницьке донорство" (стаття 144 Кримінального кодексу України). При цьому, слід відмітити, що певні держави уникають жорсткої політики регулювання донорства. І нормативно закріплюють механізм надання донору компенсації за певні види анатомічного матеріалу. Наприклад, після того, як держава почала платити донору за нирку 3000 доларів, а іншу компенсацію дозволила отримувати донору від реципієнта, щороку в Іраку стало здійснюватися 1300 пересадок, порівняно з тим, що в попередні роки таких операцій здійснювалось 100-150 [5]. Нелегальна скупка органів розвинена в таких країнах та регіонах, як Пакистан, Еквадор, Колумбія, колишні республіки СРСР, Далекий Схід. Клієнти - мешканці розвинених країн, переважно Ізраїлю та США. У 2013 році ВООЗ домоглася, щоб у Перу ввели норму: трансплантація органів іноземцю можлива лише у випадку, якщо він підтвердить, що прожив у Перу не менше двох років. Також вдалося досягти того, щоб у Китаї держава не використовувала органи страчених, якщо ті їй, головне, всі їхні родичі не дадуть дозволу [42]. Отже, виходячи із реалій життя, принцип декомерціалізації трансплантації не можна абсолютизувати. Однак важливо виробити концепцію, чіткі критерії та межі, за яких легальні трансплантації можуть мати комерційний характер. Окремі кроки вже зроблені в цьому напрямку американськими фахівцями. Так, американський дослідник М. Черрі, стверджує, що вільний ринок нирок є законним і гуманним способом для закупівлі та розподілу людських органів. Це може бути навіть більш справедливим і сумісним з багатьма західними релігійними і філософськими традиціями, ніж існуюча благодійна основа. Зокрема, при оцінці морального та етичного боку зазначеної проблеми М. Черрі пропонує в якості основного аргументу із даного питання розглядати аргумент порядку життя людини та ставити частини тіла людини в один ряд із такими загальновизнаними світовим співтовариством цінностями, як рівність, свобода, людська гідність тощо [32]. Його позицію розділяє А. Мейтас [27]. У зв'язку із складністю, комплексністю та неоднозначністю проблематики морально-етичних засад трансплантації у зарубіжних країнах виник та розвивається окремий підрозділ біоетики — трансплантаційна етика [41]. Принцип того, що при розподілі органів, клітин і тканин слід керуватися клінічними критеріями та етичними нормами, а не міркуваннями фінансового або якого-небудь іншого характеру. Правила розподілу, які встановлюються належним чином сформованими комітетами, повинні бути справедливими, виправданими з точки зору зовнішніх умов і прозорими. У сенсі реалізації наведеного принципу важливим є дотримання черговості згідно так званого "листа очікування" трансплантації, що визначає чергу для її здійснення. Такий лист є офіційним списком черговості реципієнтів, котрі чекають придатного для них органу або тканини. Принцип формування такого листа визначений в Додатковому протоколі до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини, ETS №186 від 24 січня 2002 року (підписаний Україною 26. 06. 2006 р. [3]), згідно із статтею 3 якого тканини розподіляються тільки серед пацієнтів з офіційного листа очікування прозорим, об'єктивним і належним чином, підтвердженням правилами і медичними показаннями.

У 2010 році Міністерство охорони здоров'я анонсувало створення Всеукраїнського реєстру донорів гемопоетичних стовбурових клітин (кісткового мозку). Аудит Рахункової палати показав, що цей реєстр на початок 2016 року налічував 120 потенційних донорів, однак поповнявся дуже повільно. 40 донорів додали у 2013-му. Після 2013 р. реєстр належно не ведеться, положення про нього не затверджене, і порядку поповнення його добровільними донорами теж немає. Інших претензій щодо єдиного реєстру в сфері трансплантації в Україні є немало. Особливо щодо відсутності системи міжнародної співпраці: порядку ввезення в Україну і вивезення за її межі трансплантатів кісткового мозку та способів їх оплати, пошуку, доставки [1]. Запорукою успішного налагодження трансплантації в державі є принцип інтеграції в міжнародні трансплантологічні співтовариства. Однією із найвідоміших на сьогодні є трансплантаційна система Eurotransplant. Ця система виникла в 1967 році.

Eurotransplant несе відповідальність за виділення органів-донорів в Австрії, Бельгії, Хорватії, Німеччині, Угорщині, Люксембурзі, Нідерландах та Словенії. Ця міжнародна спільна робота охоплює всі трансплантаційні лікарні, лабораторії та

лікарні, де відбуваються пожертвування органів. У 2017 р. Eurotransplant відзначила свою 50-ту річницю. На порядку денному на майбутні роки ця організація планує, зокрема, наступне: Розвинути програму "Кросовер", розроблену для тих випадків, коли пряме пожертвування неможливе, а це означає, що пари-донори-реципієнти не співпадають один з одним. У цих випадках можна об'єднати дві пари або ще більше, а донор від однієї пари може пожертвувати орган одержувачу від другої пари і навпаки. В даний час ця кросоверська програма є суто внутрішньою програмою, яка обмежується Eurotransplant у Нідерландах, Бельгії та Австрії. Поширювати трансплантацію на нові типи органів, зокрема, пересадка обличчя та рук стає все більш поширеним явищем, але не є загальною процедурою в даний час. Це дуже складні процедури, відомі як Vascularised Composite Allografts (VCAs), оскільки вони включають різні типи тканин: від шкіри, до м'язової та кісткової тканини, від нервів до кровоносних судин. Посилення співпраці та обмін інформацією з іншими організаціями обміну органами в Європі. Зокрема, держави-члени Eurotransplant обов'язково мають надсилати всі відповідні дані після кожної трансплантації до Eurotransplant. При цьому збільшення кількості держав-членів не є самоціллю Eurotransplant. Зазначена організація виходить із того, що варто допустити включення нових країн-членів у мережу лише якщо це створює користь для пацієнтів, спільноти, науки, та дає можливість створити прозору, добре функціонуючу національну систему трансплантацій у відповідній країні, і в кінцевому рахунку буде сприяти успішному міжнародному співробітництву. Однак Eurotransplant відіграє роль для підтримки інших країн за допомогою чітко визначених прозорих угод про навчання та підтримку. Eurotransplant також прагне налагодити тісніші зв'язки з аналогічними організаціями, такими як Agence de la Biomédecine у Франції та Blood and Transplant NHS у Сполученому Королівстві [26]. Очевидно, що Україна потребує інтеграції у міжнародні трансплантологічні співтовариства, однак цьому має передувати значний обсяг комплексних перетворень у вітчизняній системі трансплантації та охорони здоров'я. Також, характеризуючи сучасні тенденції трансплантології, варто відзначити, що у зв'язку із нестачею донорських органів на сьогодні науковцями піднімаються питання розвитку опису, технічних характеристик і диференціації можливостей використання штучних органів та органів, які були клоновані з стовбурових клітин та, відповідно, правового регулювання цих питань [17]. Так, згідно із звітом RIVM-report 360050011/2008 «Штучні органи: Стан справ за останнім словом техніки для пристроїв на основі і клітинних / тканинних підходів» штучні органи визначаються як продукти, які призначені для використання (часткової) підтримки, заміни або регенерації хворих, пошкоджених або повністю не функціональних органів [40]. Після загальної характеристики правового регулювання та реального стану трансплантацій в Україні звернемося до досвіду Іспанії, яка, як відзначалося вище, має найбільш прогресивну модель організації цієї справи в світі.

Так, у цілому успіх цієї моделі пояснюється комплексним підходом, який охоплює юридичні, економічні, політичні та медичні аспекти. Серед них: Три рівня координації трансплантації: національний, регіональний та лікарняний. Існує міжтериторіальна рада як орган з координації та прийняття рішень. Національна та регіональна координація являє собою поєднання чисто адміністративного рівня та професіоналів. Всі технічні рішення приймаються консенсусом в Комісії, утвореній особами, відповідальними за національну координацію, і кожного автономією (міжтериторіальна рада). У кожній лікарні є координатор із питань трансплантації, для якого встановлюються специфічні вимоги, щоб забезпечити його максимальну незалежність та неупередженість. Серед таких вимог: координатор лікарні зазвичай є лікарем з заняттям в цьому завданні тільки неповний робочий день; він повинен працювати в ієрархічній залежності від управління лікарнею (а не від команди трансплантатів); координатор повинен бути функціонально пов'язаний з регіональною і національною координацією; координатори мають бути лікарями інтенсивної терапії через їх великі можливості активної участі у донорстві органів. Створюється Центральний офіс Національної організації з трансплантації як сервісне агентство, що надає підтримку всій системі. Це включає в себе розподіл органів, організацію транспорту, управління списками очікування, статистику, загальну і спеціалізовану інформацію і, в цілому, будь-які дії, які можуть сприяти поліпшенню процесу донорства та трансплантації. Підтримка, яка надається цим центральним офісом і деякими регіональними відділеннями, дуже важлива, особливо для невеликих лікарень, де неможливо здійснити весь процес без їх допомоги. Великі зусилля в області безперервної освіти: як координатори, так і велика частина медичного персоналу, повинні здійснювати безперервне навчання, зміст якого постійно оновлюється, вивчати загальні і конкретні курси по кожному з етапів процесу: скринінг донорів, юридичні аспекти, сімейне інтерв'ю, організаційні аспекти, управління, зв'язок із ЗМІ. Лікарняна компенсація: діяльність з пересадки в невеликих лікарнях була б неможливою, якби не компенсація лікарням відповідними адміністраціями, які повинні фінансувати діяльність із закупівлі та пересадки органів. Велика увага приділяється засобам масової інформації: зокрема, регулярні зустрічі з журналістами, навчальні курси з обміну інформацією для координаторів, а також швидке реагування на несприятливу рекламу і кризові ситуації є важливими моментами в досягненні позитивного клімату для донорства органів в Іспанії. Адекватне законодавство. Істотною умовою є наявність адекватного законодавства з чітким визначенням критеріїв енцефальної смерті, умовами вилучення органів, відсутністю економічної мотивації тощо [34].

У межах нашого дослідження важливо не лише охарактеризувати вітчизняні проблеми та вказати на позитивний досвід зарубіжних країн, а і визначити ті умови, за наявності яких рецепція досвіду цих країн є можливою та прийнятною для України. Так, серед умов успішної рецепції досвіду MODELO ESPAÑOL називають наступні: Універсальне охоплення, тобто повне запозичення іспанської моделі вимагає в якості важливої вимоги наявності Національної системи охорони здоров'я з загальним охопленням. Застосування цієї моделі в фрагментованій системі охорони здоров'я можливе, але проблематичне. Економічні ресурси, призначені для охорони здоров'я, зазвичай вимірюються у відсотках від ВВП, призначені для здоров'я, або більш графічно в євро / на жителя / на рік. Так само важливе і співвідношення державного / приватного відсотків. При цьому трансплантація не є розкішною медициною, обмеженою багатими країнами. Адекватне фінансування, безсумнівно, необхідне, існує мінімальний рівень, нижче якого неможливо розробити структуровану систему, але найбільш важливим економічним аспектом є адекватне відшкодування лікарням за операції з трансплантації. Кількість доступних лікарів та медсестер. Так, Іспанія - країна з відносно великим числом лікарів на тисячу жителів, що дозволяє віддано виконувати координаційні завдання. Навпаки, нестача лікарів в деяких країнах ускладнює реалізацію аналогічної моделі. Наявність розвинутих технічних можливостей медичної механічної вентиляції. Відмінності у віковій піраміді населення. Відмінності у відсотках населення старше 60 років, епідеміологія населення з точки зору причин судинної, травматичної смерті тощо можуть мати важливий вплив на характеристики донорів [35].

Отже, правові, морально-етичні і загальні медичні аспекти трансплантації вимагають подальшого вивчення з наступними пропозиціями по удосконаленню законодавства України в галузі пересадки органів та інших анатомічних матеріалів людині. Серед міжнародних стандартів, на які варто орієнтуватися при розробці законодавства в сфері трансплантології, окрім наведених нами вище, варто також відзначити: Директиву № 2010/45/ЄС Європейського парламенту і Ради ЄС про стандарти якості та безпеки людських органів, призначених для трансплантації, Страсбург,

07. 07. 2010 р., а також Рекомендацію Res (2003) 10 Комітету міністрів Ради Європи державам-членам “Про ксенотрансплантацію” від 19. 06. 2003 р.

3. Проблема евтаназії. Евтаназія – це спричинення легкої смерті безнадійно хворому за його проханням з метою позбавити від зайвих страждань. Як відомо, розрізняють активну і пасивну евтаназію. Активна евтаназія – це введення вмираючому будь-яких лікарських або інших засобів, або здійснення будь-яких дій, що тягнуть за собою швидке і безболісне настання смерті. Пасивна евтаназія – це припинення надання людині медичної допомоги, спрямованої на продовження життя, що прискорює настання природної смерті.

Активна евтаназія є, як правило, забороненою. Пасивна евтаназія дозволяється в Бельгії, Канаді, Люксембурзі, Нідерландах, Швейцарії, окремих штатах США. Існування такого права дає підстави ставити питання про те, чи можна розглядати припинення власного життя як право людини [6]. У 2017 році було прийнято Конституцію міста Мехіко, де дозволено евтаназію для невиліковно хворих, а саме право на достойну смерть. Таким чином, право на евтаназію розглядається в контексті права на достойну смерть. Однак така позиція не має широкого розповсюдження. Так, ЄСПЛ у справі “Прітті проти Сполученого Королівства” (Pretty v. The United Kingdom) [30] стверджує, що Суд не знайшов в обмеженні права на самогубство за допомогою третіх осіб суперечностей правам людини, які декларовані в Конвенції. Зокрема, Суд вказав, що право на життя, гарантоване статтею 2 Конвенції, не означає також права на смерть за участю, чи умисну допомогу третіх осіб у самогубстві.

Відповідно до частини 4 статті 281 Цивільного кодексу України, забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя. Це означає, що в Україні евтаназія забороняється.

На сьогодні найпроблемнішим моментом евтаназії є її процедурний аспект. Така процедура має бути максимально компетентною з медичної точки зору, “захищеною” - з юридичної та обґрунтованою з психологічної.

Відносно новим поняттям у світовій практиці є дитяча евтаназія. На сьогодні є всього дві країни, де дана процедура знаходить своє застосування. Це Нідерланди і Бельгія. Евтаназія дітей в цих країнах чітко регламентується на законодавчому рівні та передбачає такі умови: неповнолітній повинен перебувати в безнадійному стані з медичної точки зору; у нього повинні спостерігатися постійні сильні болі, які можна описати як «страждання»; стан пацієнта неможливо полегшити сучасними засобами, тому незабаром хвороба неминуче призведе до смерті; рішення про проведення процедури повинно бути погоджено як з неповнолітнім пацієнтом, так і з його батьками (при цьому, невідомо, як будуть виходити із ситуації, коли проти процедури виступатиме один з батьків, а другий буде підтримувати); вузькоспеціалізовані лікарі і психологи повинні підтвердити необхідність проведення процедури. Водночас проти нового бельгійського закону виступають багато медичних фахівців, політиків та громадських діячів Євросоюзу. Більш того, не так давно було відправлено відкритий лист владі Бельгії від декількох сотень педіатрів з усього світу, в якому зазначено вимогу про скасування цього закону [20].

4. Проблема використання ембріонів у медичних цілях. Існує кілька аспектів характеристики цієї проблеми: використання ембріонального матеріалу людини у репродуктивній медицині. При цьому під репродуктивними технологіями маються на увазі: штучне запліднення; забезпечення сурогатного материнства; кріоконсервація донорського матеріалу; використання для трансплантації ембріональних стовбурових клітин; клінічна ембріологія [19].

Охарактеризуємо окремі складові зазначених питань. Так, етичний та правовий плюралізм в Європі стосовно визначення питань використання стовбурових клітин означає, що він залежить від кожної держави-члена ЄС стосовно прийняття на національному рівні законів про статус ембріона людини та на використання стовбурових клітин [17]. Наприклад, такі країни, як Греція чи Італія не регулюють питання ембріональних досліджень. Дослідження на людських ембріонах заборонено в Німеччині, Австрії та Ірландії. Ці країни також заборонили виробництво запасних ембріонів. В Іспанії, Швеції, Данії та Великобританії, дозволено дослідження на людських ембріонах, які мають менше ніж 14 днів. Тільки Данія і Великобританія дозволяють створювати ембріони в дослідницьких цілях [29]. Отже, на сьогодні міжнародне право дозволяє експерименти з живим ембріоном не старшим за 14 днів із дня зачаття. Однак останні дослідження підштовхують до зняття юридичних обмежень, і деякі вчені вже виступають за перегляд 14-денного граничного терміну [4].

У зв'язку із тенденцією до перегляду існуючих обмежень слід звернути увагу і на проблему клонування. Так, клонування може бути визначено як створення ідентичних копій (реплікація) організмів або інших об'єктів. У розумінні медицини клонування може бути розділено на дві основні категорії - репродуктивне та терапевтичне. Репродуктивне клонування - це клонування, де передбачено народження іншої живої особи. Терапевтичне клонування - це клонування в інших цілях, ніж народження живої людини, і на сьогодні даний вид клонування знаходить підтримку деяких урядів. Також виділяють третю категорію - технологія рекомбінантної ДНК або ДНК, клонування. У Європейському Союзі не сформовано законодавство, яке регулює проблеми трансплантації штучних органів або трансплантації стовбурових клітин. Всі закони, які стосуються даних питань, пов'язані з прямою заборонаю клонування людини [17]. Конвенція Ради Європи про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини і біомедицину від 1997 є першим актом, який повністю заборонив клонування людини [37]. Ще одним важливим документом, який повністю забороняє клонування, є Директива 98/44/ЄС Європейського парламенту і Ради від 6 липня 1998 р. «Про правовий захист біотехнологічних винаходів». Директива забороняє патентування будь-якої процедури клонування для відтворення людини або для будь-якого процесу, спрямованого на зміну геному людини [33]. У 2016 році британські науковці отримали дозвіл генетично модифікувати людські ембріони. Дозвіл надало Управління із запліднення й ембріології людини Британії. Мета дослідження, яке відбудеться в лондонському Інституті Френсіса Кріка, - зрозуміти, які гени потрібні ембріонам для успішного розвитку. Ця робота може допомогти у лікуванні безпліддя та в запобіганні викиднів і різних патологій у дітей. Водночас науковці не зможуть пересадити досліджувані ембріони жінкам [2]. Водночас найвищий суд Європейського Союзу заборонив видавати патенти на медичне лікування, яке передбачає використання стовбурових клітин, отриманих внаслідок руйнування ембріону людини. Цим рішенням, яке, найімовірніше, матиме значні наслідки для медичних досліджень, Європейський суд справедливості заявив, що європейське законодавство забороняє патенти, які зачіпають людську гідність. Деякі науковці критикують це рішення, твердячи, що воно змусить дослідників переїжджати з Європи, а також відстрочить у часі появу нових методів лікування з використанням стовбурових клітин [23]. Окремим аспектом використання ембріонального матеріалу людини у репродуктивній медицині є сурогатне материнство. Національні законодавства містять суттєві відмінності у питанні визначення режимів та методів допоміжних репродуктивних технологій (далі - ДРТ), які можуть бути дозволені на їх території. На сьогодні існують різні режими у регулюванні допоміжних репродуктивних технологій, а саме: обмеження; дозвіл; невизначеність. Країнами, де діє

режим обмеження є: Австрія, Голландія, Італія, Німеччина, Норвегія, Франція, Швейцарія, Швеція. Дозвільний режим для більшості методів допоміжних репродуктивних технологій діє у таких країнах: Австралія, Білорусія, Велика Британія, Вірменія, Греція, Грузія, Ізраїль, Іспанія, Індія, Казахстан, Канада, Киргизія, Молдова, Норвегія, Південно-Африканська Республіка, Росія, Таджикистан, Україна, а також у деяких штатах США. З'ясовано, що із цього режиму можна виділити ще один, - альтруїстичний. За такого режиму, зокрема, сурогатне материнство законодавчо дозволено, але лише на безоплатній основі, тобто сурогатна матір не може отримати фінансову компенсацію за виношування і народжування дитини. Альтруїстичне сурогатне материнство законодавчо закріплено у таких країнах, як: Австралія, Велика Британія, Греція, Канада. До країн, в яких може застосовуватися комерційне сурогатне материнство, належать: Білорусь, Вірменія, Грузія, Індія, Казахстан, Киргизія, Росія, Таїланд, Україна, а також окремі штати США (Іллінойс, Каліфорнія, Невада). Третій режим, який діє, – це режим невизначеності, за якого ДРТ, з одного боку, не заборонені, але водночас в країні відсутнє законодавство, яке регулює відносини з ДРТ. До таких країн належать: Венесуела, Еквадор, Йорданія, Колумбія, Малайзія, Перу, Уругвай. На міжнародному рівні слід відзначити відсутність окремого нормативно-правового акта, присвяченого регулюванню відносин у сфері ДРТ, але, водночас наявна низка міжнародних документів, присвячених захисту прав людини та репродуктивним правам, які можна розглядати через призму допоміжних репродуктивних технологій. В Україні легальне (законодавче) визначення поняття «сурогатне материнство» відсутнє. У правовій науці під ним розуміють метод допоміжних репродуктивних технологій, який полягає у виношуванні іншою жінкою (сурогатною матір'ю) ембріона людини, зачатого потенційними батьками або одним з них і донором, з метою, народження дитини і передачі її потенційним батькам [7].

Лише стаття 123 Сімейного кодексу України встановлює правила визначення походження дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Так, у разі народження дружиною дитини, зачатої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, здійснених за письмовою згодою її чоловіка, він записується батьком дитини. У разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям (чоловіком та жінкою) в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя. Подружжя визнається батьками дитини, народженої дружиною після перенесення в її організм ембріона людини, зачатого її чоловіком та іншою жінкою в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Наказом МОЗ України від 09. 09. 2013 р. № 787, зі змінами, затверджено Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні [15]. Однак зазначений документ не вичерпно регулює питання, що можуть виникнути в процесі застосування ДРТ. Зокрема, пропонується доповнити цей нормативний акт пунктом 5.30 такого змісту: «Донори гамет та ембріонів не мають батьківських прав та не можуть брати на себе батьківські обов'язки щодо дитини, яка була зачата з використанням їх генетичного матеріалу. Донор не має права встановлювати особу реципієнта, а також дитини, яка народилась у результаті використання його репродуктивних клітин» [7]. Очевидно, що доповнення в частині визначення відповідних процедур потребує і стаття 48 Основ законодавства про охорону здоров'я, що на сьогодні надто загально регулює штучне запліднення та імплантацію ембріона.

Охарактеризуємо модель сурогатного материнства Канади. Так, ця держава забезпечує сурогатність для всіх сімейних моделей незалежно від їх статевого стану та сімейного статусу. Однак канадський закон встановлює ряд обмежень, які роблять пошук сурогатної жінки складним. Єдине місце в Канаді, де цей репродуктивний метод заборонений, - це провінція Квебек. Сурогатна вагітність у Канаді допускається, якщо вона має альтруїстичну мету. Це означає, що сурогатна вагітна жінка не може отримати фінансову компенсацію за факт гестації, хоча майбутні батьки мають сплатити всі витрати, які можуть виникнути під час вагітності. Максимальний платіж, передбачений законом, становить приблизно 22 000 доларів США. Посередництво та реклама послуг у сфері сурогатного материнства заборонені. Мінімальний вік сурогатної матері має становити 21 рік. Дитина при народженні отримує канадське громадянство на додаток до статусу своїх батьків, якщо вони іноземці [36].

Висновок

Прогрес науково-медичних досягнень у світі вимагає адекватного та вчасного реагування законодавця на питання, що виникають в результаті такого прогресу з метою включення їх в орбіту правового регулювання. При цьому запорукою ефективності такого регулювання є розробка відповідного законодавства комплексними, бажано із залученням зарубіжних фахівців та експертів, групами, що складаються із спеціалістів у сфері медицини, біології та права.

Список літератури

1. Akulenko L. Ignorovani organi. V chomu problema z transplantatsiyami v Ukrayini? <https://lifepravda.com.ua/health/2017/02/17/222633/>
2. Britans'kim vchenim dozvolili modifikatsiyu lyuds'kikh embrioniv, www.bbc.com/ukrainian/news_in_brief/2016/02/160201_hk_uk_gene_editing
3. Dodatkoviy protokol do Konventsiyi pro prava lyudini ta biomeditsinu shchodo transplantatsiyi organiv i tkanin lyudini, ETS №186 vid 24 sichnya 2002 roku (pidpisaniy Ukrainoyu 26. 06. 2006 r.), http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_684
4. Dzheyms Gallakher Ucheni virotili dvotizhneviy embrion lyudini, www.bbc.com/ukrainian/science/2016/05/160505_embryo_study_ozh
5. Emets' L. O. Otkremi osoblivosti zarubizhnoyi natsional'noyi praktiki kriminal'no-pravovoyi reglamentatsiyi transplantatsiyi // Naukoviy visnik Mizhnarodnogo gumanitarnogo universitetu. Ser.: Yurisprudentsiya, — 2014, — № 10-1, — Tom 2, — S. 81-85.
6. Evtanaziya // Konstitutsionnoe pravo. Slovar' / Otv. red. Maklakov V. V. —M., 2001. —S. 536.
7. Golovashchuk A. P. Tsivil'no-pravove reguluyuvannya vidnosin, pov'yazanih iz zastosuvanniyam dopomizhnikh reproductivnikh tekhnologiy : avtoref. dis. ... kand. yurid. nauk : spets. 12.00.03 «Tsivil'ne pravo i tsivil'niy protses; simeyne pravo; mizhnarodne privatne pravo» / A. P. Golovashchuk. —K., 2017. —20 s.
8. Konstitutsiya Serbii 2006 goda, <http://worldconstitutions.ru/?p=369>
9. Konstitutsiya Slovenii 1990 goda, <http://worldconstitutions.ru/?p=109>
10. Konstitutsiya Ukrayini vid 28. 06. 1996 r., zi zminami // Vidomosti Verkhovnoyi Radi Ukrayini. — 1996. — № 30. — St. 141.
11. Linchevs'kiy O. Shans na zhittya: chi gotova Ukrayina do transplantatsiyi? <https://lifepravda.com.ua/columns/2017/09/19/226495/>
12. Nakaz Ministerstva okhoroni zdorov'ya Ukraini "Pro vnesennya Zmin do Dovidnika kvalifikatsiyних kharakteristik profesiy pratsivnikiv. Vipusk 78 «Okhorona zdorov'ya» vid 14. 09. 2017 r. № 1085, http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20170914_1085.html
13. Nakaz Ministerstva okhoroni zdorov'ya Ukraini "Pro vstanovlennya diagnostichnikh kriteriyiv smerti mozku ta protseduri konstatatsiyi momentu smerti lyudini" vid 23. 09. 2013 r. № 821, <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1757-13>

14. Nakaz Ministerstva okhoroni zdorov'ya Ukraini "Pro zatverdzhennya Instruksiyi z viznachennya kriteriyiv perinatal'nogo periodu, zhivonarodzhennosti ta mertvonarodzhennosti, Poryadku reestratsiyi zhivonarodzhennikh i mertvonarodzhennikh" vid 29. 03. 2006 r. № 179, <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06>
15. Nakaz Ministerstva okhoroni zdorov'ya Ukraini "Pro zatverdzhennya Poryadku zastosuvannya dopomizhnikh reproduktyvnykh tekhnologiy v Ukraini" vid 09. 09. 2013 r. № 787, zi zminami, <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>
16. Pravove reguluvannya transplantatsiyi organiv ta inshikh anatomichnykh materialiv lyudini, http://pidruchniki.com/15410104/pravo/pravove_reguluvannya_transplantatsiyi_organiv_inshih_anatomichnih_materialiv_lyudini
17. Ptashnik I.R. Pravove reguluvannya transplantatsiyi shtucho stvorenikh organiv / I. R. Ptashnik // Aktual'ni problemi vdoskonalennya chinnogo zakonodavstva Ukraini. —2013. —Vip. 32. — S. 54—62.
18. Rukovodyashchie printsipy VOZ po transplantatsii chelovecheskikh kletok, tkaney i organov. Utverzhdeny na Shest'desyat tret'ey sessii Vsemirnoy assamblei zdavoookhraneniya v mae 2010 g., rezolyutsiya WHA63.22 www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22ru.pdf
19. Silkina Yu. V., Chaykovskiy Yu. B. Deontologichni ta normativno-pravovi aspekti vikoristannya embrional'nogo materialu lyudini // Reproduktyvnyaya endokrinologiya. — 2012. — № 4. — s. 94—97.
20. Sushchestvuet li v mire detskaya evtanaziya? <https://evtanaziya.ru/detskaya/>
21. Tirina M.P. Osoblivosti funktsionuvannya ta problemi realizatsiyi prav i svobod lyudini i gromadyanina novogo pokolinnya u suchasnyy derzhavi (na prikladi biologichnykh) : avtoref. dis. ... kand. yurid. nauk : spets. 12.00.02 «Konstitutsiyne pravo; munitsipal'ne pravo» / M. P. Tirina. —Mariupol', 2013. — 20 S.
22. Tsivil'niy kodeks Ukraini vid 16. 01. 2003 r., zi zminami // Golos Ukraini.— 12. 03. 2003.— № 45.
23. V ES zaboronili patentuvati likuvannya embrional'nimi stovburovimi klitinami www.bbc.com/ukrainian/news_in_brief/2011/10/111018_dt_eu_stem_cells
24. Zakon Ukraini "Pro donorstvo krovi ta yiyi komponentiv" vid 23. 06. 1995 r., zi zminami // Golos Ukraini.— 25. 07. 1995 r.
25. Zakon Ukraini "Pro vikonnannya rishen' ta zastosuvannya praktiki Evropeys'kogo sudu z prav lyudini" vid 23. 02. 2006 r., zi zminami // Golos Ukraini.— 05. 04. 2006.—№ 60.
26. About Eurotransplant. Fit for the future. <https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=fitfuture>
27. Arthur J. Matas The Case for Living Kidney Sales: Rationale, Objections and Concerns // American Journal of Transplantation, 2004, 4, p. 2007-2017 <https://pdfs.semanticscholar.org/f54b/67b818e2bba6b3602e16e25a45340e094b10.pdf>
28. Case of H. vs Norway <http://swarb.co.uk/h-v-norway-echr-1992/>
29. Case of Paton vs UK www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/10/EComHR-1980-Paton-v.-United-Kingdom-X.-v.-United-Kingdom.pdf
30. Case of Pretty v. The United Kingdom http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/980_210
31. Case of Vo v France www.pravo-medicina.sk/_files/Rozne/Vo%20vs.%20France%202004.pdf
32. Cherry M.J, Kidney for Sale by Owner: Human Organs, Transplantation, and the Market Washington: Georgetown University Press, 2005. 274 p.
33. Directive 98/44/EC of the European Parliament and of the Council of 6 July 1998 on the legal protection of biotechnological inventions <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31998L0044:en:NOT>
34. El Modelo Español www.ont.es/home/Paginas/ElModeloEspanol.aspx
35. ¿Es trasladable este modelo a cualquier país? www.ont.es/home/Paginas/Estrasladable.aspx
36. Gestación subrogada en Canadá: legislación y precio <https://www.babygest.es/canada/>
37. Human cloning regulation in Europe <http://aclj.org/pro-life/human-cloning-regulation-in-europe>
38. Laura Daniele España supera los 5.000 trasplantes en 2017, un hito histórico mundial <http://www.ont.es/prensa/Hemeroteca/ABC%20España%20supera%20los%205000Tx%20%20en%202017%20%20hito%20historico%20mundial.pdf>
39. Research of the European Commission. About stem cells – Seven important questions on stem cells. <http://ec.europa.eu/research/quality-of-life/stemcells/about.html>. Last visited on 21st of April 2013
40. RIVM report 360050011/2008 "Artificial organs State-of-the-art technology for device-based and cell/tissue-based approaches" <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/360050011.Pdf>
41. Robert M. Veatch Transplantation Ethics. Washington: Georgetown University Press, 2000. 427 p.
42. 10 % transplantovanikh organiv nadkhodyat' z chornogo rinku — VOOZ <https://life.pravda.com.ua/society/2013/07/1/132393/>

Реферат

ПРАВО НА ЖИЗНЬ: СОВРЕМЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ И ПРАВОВОЙ КОНТЕКСТ

Совгиря О. В., Янчук А. А.

В исследовании охарактеризованы современные медико-правовые аспекты права на жизнь, среди которых проблемы: временных границ понятия "жизнь" и права женщины решать вопрос о прекращении беременности (право на аборт) эвтаназии (в частности, детской) использование эмбрионов в медицинских целях; репродуктивных технологий, клонирования, суррогатного материнства. В части характеристики проблемы правового регулирования трансплантации в Украине приведены важнейшие международные стандарты, проанализировано законодательство Украины, определены способы преодоления проблем правового регулирования. Также проанализированы модель организации трансплантаций в Испании. Такая модель имеет свое название - MODELO ESPAÑOL (испанская модель) и рекомендована ВОЗ как образцовая для применения в других государствах.

Ключевые слова: право на жизнь, правовые аспекты: трансплантации, использования эмбрионов человека, эвтаназии.

Статья надійшла 23.02.2018 р.

THE RIGHT TO LIFE: MODERN MEDICAL AND LEGAL CONTEXT

Sovgyria O., Yanchuk A.

The study characterizes modern medical and legal aspects of the right to life, including: the time limits of the concept of "life" and the woman's right to decide on the termination of pregnancy (the right to abortion) of euthanasia (in particular, children's), the use of embryos for medical purposes; reproductive technologies, cloning, surrogate motherhood. In terms of the characteristic of the problem of legal regulation of transplantation in Ukraine, the most important international standards are presented, the legislation of Ukraine is analyzed, ways of overcoming the problems of legal regulation are determined. The model of organization of transplants in Spain has also been analyzed. This model has its name - MODELO ESPAÑOL (Spanish model) and recommended by WHO as exemplary for use in other states.

Key words: right to life, legal aspects: transplantation, use of human embryos, euthanasia.