

¹¹ Фурса С. Я. Посвідчення заповітів / С. Я. Фурса, Є. І. Фурса // Теорія нотаріального процесу. – К. : Алерта:Центр учбової літератури, 2012. – С. 669–685; Фурса С. Я. Нотаріальна процедура посвідчення заповітів / С. Я. Фурса, Є. І. Фурса // Спадкове право: Нотаріат Адвокатура Суд. – К. : Видавець Фурса С. Я. : КНТ, 2008. – С. 61–72.

¹² Гріненко О. О. Посвідчення та засвідчення консулом безспірних фактів / О. О. Гріненко // Правовий статус консула при виконання нотаріальної функції. – К. : Видавець Фурса С. Я. : КНТ, 2005. – С. 109.

¹³ Про міжнародне приватне право : Закон України : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_678

¹⁴ Гуть Н. Ю. Форма заощаження згідно Вашингтонської і Гагської конференцій: проблеми теорії, нотаріальної практики і необхідність законодавчої регламентації / Н. Ю. Гуть // Цивилистическая процессуальная мысль : сб. науч. статей. – К. : Цул, 2013. – Вып. 2 «Нотариальный процесс». – С. 408.

Резюме

Фурса Є. Є. Процедура посвідчення заповітів консулом: актуальні питання.

У статті проаналізовано процедуру посвідчення заповіту консулом, проблемні питання реєстрації заповітів у Спадковому реєстрі, питання формування консульського збору щодо посвідчення, реєстрації заповіту консулом та виготовлення витягу. Внесено пропозиції та сформульовано проекти норм до Цивільного кодексу України щодо кола суб'єктів посвідчення заповіту, форми, змісту та реєстрації заповіту.

Ключові слова: заповіт, консул, процедура, посвідчення, Спадковий реєстр.

Резюме

Фурса Е. Е. Процедура удостоверения завещаний консулом: актуальные вопросы.

В статье проанализирована процедура удостоверения завещания консулом, проблемные вопросы регистрации завещаний в Наследственном реестре, вопрос формирования консульского сбора относительно удостоверения, регистрации завещания консулом и изготовление извлечения. Внесены предложения и сформулированы проекты норм к Гражданскому кодексу Украины относительно круга субъектов удостоверения завещания, формы, содержания и регистрации завещания.

Ключевые слова: завещание, консул, процедура, удостоверение, Наследственный реестр.

Summary

Fursa I. Procedure for certification testament consul: current issues.

The paper analyzed the covenant consul certificate procedure, it would register of wills in the succession registry issues formation of consular fees on certificate of registration of the covenant consul and manufacturing lift. Proposals and projects formulated rules of the Civil Code of Ukraine on the agents certificate covenant form, content and registration of wills.

Key words: testament, consul, procedure, certificate, Hereditary register.

УДК:347.121.2

О. А. ЧАБАН

Олена Анатоліївна Чабан, здобувач Київського університету права НАН України

ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ПРАВА ЛЮДИНИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у різні сфери суспільного життя є нагальною вимогою сьогодення. Ступінь та якість використання таких технологій на національному рівні є показником розвитку та благополуччя країни. Адже їх вміле й професійне застосування впливає на більш високу ефективність та результативність у будь-якій сфері життя людини. Безперечно, сфера охорони здоров'я не є винятком. У даній роботі основна увага приділяється визначенню позитивних аспектів запровадження інформаційно-комунікаційних технологій, зокрема електронного документообігу у закладах охорони здоров'я, дослідженню взаємозв'язку між широким застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій та належним захистом прав людини у сфері охорони здоров'я, а саме, збереженням конфіденційності відомостей про стан здоров'я особи.

Так, для дослідження вказаної мети визначено такі завдання:

- проаналізувати сучасні форми первинної облікової документації, що використовуються у закладах охорони здоров'я України;
- проаналізувати сучасні форми облікової документації, що використовуються у сфері охорони здоров'я в окремих країнах ЄС, їх вплив на якість надання медичних послуг та медичної допомоги, забезпечення дотримання прав людини;
- обґрунтувати доцільність запровадження електронного документообігу у закладах охорони здоров'я України як один із способів належного збереження конфіденційності відомостей про стан здоров'я особи;
- визначити найбільш вдалу форму електронного документообігу для нашої країни.

© О. А. Чабан, 2015

Актуальність цієї роботи зумовлена наступним. По-перше, недоліки існуючої форми первинної облікової документації, які використовуються у закладах охорони здоров'я України, є очевидними і такими, що практично унеможливають належним чином охороняти та захищати права пацієнта, в тому числі це стосується і збереження таємниці про стан здоров'я особи.

По-друге, в Угоді про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, яка є стратегічним орієнтиром системних соціально-економічних реформ в Україні, значна увага приділяється поліпшенню співробітництва у сфері розвитку інформаційного суспільства, створення нормативно-правової бази для електронних комунікацій, розвитку електронної охорони здоров'я¹.

Також, враховуючи те, що програми щодо запровадженню електронного обігу у сфері охорони здоров'я в країнах ЄС розроблялись та імплементувались десятиріччями, а бюджет таких програм дуже великий, вважаємо за необхідне детально проаналізувати досвід країн, які вже реалізували такі програми й удосконалюють їх зараз на практиці, для того, щоб сформулювати найбільш вдалу модель електронного документообігу у сфері охорони здоров'я для нашої країни з урахуванням національної специфіки та стану економічного забезпечення.

У процесі роботи над темою дослідження було вивчено нормативно-правові акти України, Великобританії, Франції та Німеччини, що регулюють суспільні відносини з документообігу у сфері охорони здоров'я; проаналізовано дослідження та звіти щодо ефективності запровадження інформаційних технологій у сфері медицини у Великобританії та Німеччині.

У роботі «Спільне медичне досье в багатопрофільних медичних закладах в рамках проведення експерименту щодо нових способів оплати медичних послуг» французька дослідниця Сандра Деніс значну увагу приділяє ролі медичного досье пацієнта у роботі лікаря, акцентуючи увагу на електронному медичному досье, ступеня захисту інформації, інтегрованому доступу, шифруванні та дешифруванні інформації в досье².

Головною метою роботи британської дослідниці Фіони Калдікотт є визначення основних критеріїв для досягнення балансу між збереженням особистої медичної інформації особи та ефективним використанням і наданням доступу до цієї інформації іншим клінікам та лікарям для поліпшення рівня надання медичної допомоги й медичних послуг у Великобританії. Дослідницею виокремлено шість принципів, як надавати ефективну медичну допомогу та медичні послуги і одночасно зберігати конфіденційність інформації про стан здоров'я особи: не використовувати особисті конфіденційні данні за винятком випадків, коли це абсолютно необхідно; використовувати мінімум необхідної особистої інформації; доступ до інформації в файлі має бути інтегрований, повинна висвітлюватись лише необхідна частина інформації медичного файлу особи, тобто доступ до інформації має базуватись на чіткому принципі чи критерії надання тільки необхідної інформації; поінформованість особи, що отримує доступ до медичної конфіденційної інформації, про відповідальність за несанкціоноване розголошення такої інформації; використання та доступ до інформації має відповідати законним вимогам; обов'язок надання іншим лікарям чи медичним закладам інформації про стан здоров'я пацієнта для надання належної медичної допомоги та або медичної послуги однаково важливий, як і обов'язок зберігати інформацію про стан здоров'я особи³.

Принципи, на наш погляд, є дуже правильними, і підходять для застосування на практиці як в англосаксонській системі права, так і в романо-германській.

Національна програма із запровадження інформаційних технологій у Національну систему охорони здоров'я офіційно стартувала у Великобританії у 2002 році. Мета програми – використовувати сучасні інформаційні технології для того, щоб поліпшити якість надання медичних послуг та медичної допомоги. Основним завданням програми є: створити повністю інтегровану систему медичних записів, скоротити використання паперових файлів, забезпечити більш надійний доступ до медичних досье, зробити передачу інформації між різними департаментами та закладами системи охорони здоров'я швидшою та надійнішою. Програмою передбачено створити для кожного пацієнта два типи медичних досье (записів):

– детальне медичне досье, в якому відображається історія хвороби пацієнта та його лікування, медичні призначення, лікарні, в яких пацієнт перебував на лікуванні тощо;

– резюме медичного досье, в якому відображається ключова інформація про стан здоров'я пацієнта, як, наприклад, інформація про алергію пацієнта. Цей тип інформації є доступним в системі охорони здоров'я Великобританії для будь-якого співробітника системи охорони країни, який так чи інакше лікує пацієнта⁴.

Нині програма реалізується із деякими змінами та доповненнями, її бюджет поступово збільшується від суми запланованого.

Сучасна ситуація в Німеччині у сфері е-здоров'я є результатом багаторічної історії планування та підготовки до реалізації національної так званої дорожньої карти у сфері е-здоров'я. Перші кроки в цьому напрямі можна простежити ще у 1999 р. у документі Програма дій Федерального уряду у сфері інновацій та створення нових робочих місць в сфері інформаційного суспільства XXI століття. У цьому документі серед інших сфер діяльності, які планувались, була й імплементація додатків у сфері е-здоров'я. Офіційно політика е-здоров'я у Німеччині разом із засобами імплементації були закріплені в законі Про модернізацію державного страхування здоров'я від листопада 2003 року. Ключовим елементом стратегії стало запровадження електронної медичної картки пацієнта.

Цікавим є той факт, що країни ЄС, дотримуючись загальних положень Е-стратегії для країн ЄС⁵, роблять різні національні акценти під час реалізації цієї стратегії. Так, у Великобританії значна увага приділя-

ється регламентації, виробленню принципів, як правильно ділитись конфіденційною інформацією про стан здоров'я особи із медичними закладами та лікарями, робиться класифікація випадків, в яких необхідна експліцитна згода пацієнта для надання його інформації, в яких випадках достатньо імпліцитної згоди; приділяється увага принципам збереження, обробки та захисту конфіденційної інформації про стан здоров'я дитини, робиться акцент на тому, що у випадку із дитиною інформацією про стан її здоров'я необхідно ділитись не тільки з медичними закладами, а й із виховними та, навіть, навчальними закладами, що вимагає особливого режиму використання та збереження інформації про стан здоров'я дитини. Досліджується, як і за яких обставин та умов інформація від третьої особи про пацієнта має братись лікарем до уваги та вноситись до файлу про стан здоров'я пацієнта. У більшості випадків це стосується членів родини, які повідомляють лікарю ту чи іншу інформацію. Основний девіз програми е-документації у сфері охорони здоров'я у Великобританії: для належного надання медичної допомоги чи медичної послуги необхідно належним чином ділитись інформацією про стан здоров'я особи з іншими лікарями та або медичними закладами. У Німеччині, навпаки, аспекту, як ділитись інформацією про стан здоров'я особи із іншими медичними закладами та лікарями, зокрема у стратегіях та програмах е-розвитку у сфері охорони здоров'я, увага майже не приділяється. Проте дуже ретельно та детально виробляються механізми охорони права особи на отримання інформації про стан свого здоров'я, права особи на збереження інформації про стан здоров'я у таємниці. Так, доступ до електронного медичного файлу пацієнта Німеччини має сам пацієнт, і виключно пацієнт вирішує, кому і якою мірою надавати такий доступ. Щодо надання е-призначення для придбання ліків – цей аспект не є достатньо розвинутим та не застосовується широко ані в Німеччині, ані у Великобританії.

Розглянемо основні форми первинної облікової документації, які використовують сьогодні в закладах охорони здоров'я України, такі як карта стаціонарного хворого та картка амбулаторного хворого, режим ведення і зберігання таких карток.

Відповідно до Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична картка стаціонарного хворого № __» є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який поступає на стаціонарне лікування. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів, клініках медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, науково-дослідних інститутах, санаторіях. Така форма містить всі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об'єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень. Форма 003/о ведеться з метою контролю правильності організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо). Медична картка стаціонарного хворого, форма 003/о, після заповнення форми 066/о – картки хворого, який вибув із стаціонару, передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу охорони здоров'я. Термін зберігання форми № 003/о становить 25 років⁶.

Відповідно до Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації 025/о «Медична картка амбулаторного хворого № _____» Форма № 025/о є основним первинним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома і заповнюється на усіх хворих при зверненні у заклад охорони здоров'я, що надає амбулаторно-поліклінічну допомогу. На кожного хворого в поліклініці ведеться одна форма 025/о незалежно від того, лікується він у одного чи декількох лікарів. Форма 025/о повинна зберігатись в реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу⁷.

Так, із тексту інструкцій ми бачимо, що основна форма ведення карток – паперова. Не зважаючи на те, що допускається ведення зазначених карток в електронному форматі, визначаються тільки вимоги змісту таких карток. А саме, у разі ведення форми 003/о в електронному вигляді вона повинна включати в себе всі дані, які містяться на затвердженому паперовому носії інформації. У разі ведення форми 025/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії. А дані щоденника, все одно, мають бути роздруковані та засвідчені підписом лікуючого лікаря. Режим зберігання, вимоги щодо ведення облікової документації в електронному вигляді не визначаються.

Крім того, що на законодавчому рівні, на сьогодні не є визначеною належним чином процедура ведення та зберігання медичної документації в електронному вигляді, виникає багато проблемних питань щодо паперової форми первинної облікової документації у закладах охорони здоров'я.

По-перше, чітко не регламентовано залишається реалізація права пацієнта на доступ до інформації про стан свого здоров'я. Залишаючи право за закладом охорони здоров'я зберігати картки амбулаторного і стаціонарного хворого, законодавець одночасно не регламентує чіткий порядок надання копій із таких карток безпосередньо пацієнту. Отже, є недостатньо врегульованою процедура отримання достовірної та своєчасної інформації про стан свого здоров'я, що декларується ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я⁸; на практиці залишається проблематичною реалізація основних принципів інформаційних відносин, а саме: гарантованість права на інформацію, відкритість, доступність інформації, свобода обміну інформацією, достовірність і повнота інформації, які викладені у ст. 2 Закону України «Про інформацію»⁹.

Так, якщо медичний заклад або лікар не надає повної інформації пацієнту, включаючи копії із карток стаціонарного та амбулаторного хворого та інших медичних документів, або пацієнт не задоволений формою та або повнотою наданої інформації, він може звернутись письмово до медичного закладу, але у цьому випадку, відповідно до Закону України «Про звернення громадян», відповідь на звернення може надаватись у термін від п'ятнадцяти днів до сорока п'яти днів від дня надання звернення, що є занадто довго для питань, пов'язаних із здоров'ям особи¹⁰.

По-друге, ведення і зберігання медичних карток та іншої медичної документації у паперовій формі викликає багато сумнівів, що інформація про стан здоров'я особи зберігається конфіденційно, і до картки, яка знаходиться у реєстратурі закладу охорони здоров'я, не мають доступу треті особи.

Одним із шляхів кардинального вирішення перелічених проблемних питань є запровадження повного електронного документообігу у сфері охорони здоров'я.

Найбільш вдалою для України, на нашу думку, є модель електронного документообігу Німеччини. Адже забезпечуючи особі право контролювати і надавати доступ лікарю до повної інформації, яка зберігається в електронному медичному файлі, вирішується проблема з реалізацією права особи на доступ до своєї медичної інформації, яка є однією з нагальних у сфері охорони здоров'я в нашій країні. Крім того, форма ведення електронних медичних карток, запроваджена у Німеччині, відображає історію доступу до файлу. Тобто, пацієнт будь-коли може перевірити, хто входив до його файлу та до якого аспекту медичного файлу отримав доступ. Таким чином, питання збереження конфіденційності медичних е-відомостей переноситься у технічну площину і ефективність збереження конфіденційності залежить від того, наскільки файли, в яких зберігаються і вносяться дані, правильно запрограмовані та захищені технічно, що мінімізує випадки несанкціонованого розкриття інформації внаслідок недбалості особи.

¹ Угода про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії, їхніми державами членами, з іншої сторони : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua/kmu/control/ru/publish/article?art_id=246581344&

² *Sandra Denis*. Dossier medical commun au sein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l' experimentation des nouveaux modes de remuneration : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-17317?resultBackUrl=>

³ *Fiona Caldicott*. Information: To share or not to share? The Information Governance Review : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192572/2900774_InfoGovernance_accv2.pdf

⁴ *Fiona Caldicott*. Information: To share or not to share? The Information Governance Review : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192572/2900774_InfoGovernance_accv2.pdf

⁵ Directive 2011 /24 /EU of the European parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:en:PDF>

⁶ Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № __» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0662-12>

⁷ Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № __» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0662-12>

⁸ Основи законодавства України про охорону здоров'я (із змінами і доповненнями) : Закон України від 19 листопада 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

⁹ Про інформацію : Закон України від 2 жовтня 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 48. – Ст. 650.

¹⁰ Про звернення громадян : Закон України від 14 вересня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 47. – Ст. 256.

Резюме

Чабан О. А. Вплив інформаційно-комунікаційних технологій на права людини в сфері охорони здоров'я.

Стаття присвячена дослідженню сучасних форм документообігу у сфері охорони здоров'я в Україні та країнах ЄС, взаємозв'язку між широким застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій та охороною права на таємницю про стан здоров'я особи; вибору найбільш вдалої форми електронного документообігу для України на прикладі вже імплементованих форм у країнах ЄС.

Ключові слова: інформаційно-комунікаційні технології, таємниця про стан здоров'я, конфіденційність, медична картка хворого, охорона здоров'я, асоціація.

Резюме

Чабан Е. А. Влияние информационно-коммуникационных технологий на права человека в сфере охраны здоровья.

Статья посвящена исследованию современных форм документооборота в сфере охраны здоровья в Украине и странах ЕС, взаимосвязи между широким применением информационно-коммуникационных технологий и охраной права на тайну о состоянии здоровья человека; выбору наиболее удачной формы электронного документооборота для Украины на примере уже имплементированных форм в странах ЕС.

Ключевые слова: информационно-коммуникационные технологии, тайна о состоянии здоровья, конфиденциальность, медицинская карточка пациента, охрана здоровья, ассоциация.

Summary

Chaban O. Information-communications technologies influence on the human rights in healthcare.

The article is dedicated to the analysis of the existing forms of medical and health records in Ukraine and EU countries, of the interdependence of the large use of the Information technologies and of the level of protection of the right to the privacy in the filed of health and medical information; of the most suitable form of e-health documentation for Ukraine.

Key words: Information-communications technologies, health data privacy, confidentiality, medical dossier of a patient, healthcare, association.