



О.Г. РОГОВА,
кандидат юридичних наук
(Харківська медична академія післядипломної освіти)

ЗАСТОСУВАННЯ ЕТИЧНИХ КОДЕКСІВ У МЕДИЦИНІ

Ключові слова: медична діяльність, фармацевтична опіка, етичні кодекси, медичне право.

Проблеми бурхливого розвитку сучасних медичних технологій видається точкою відліку в усіх наукових дискусіях щодо співіснування медичної етики (біоетики) та медичного права. У найбільш спрощеному вигляді існуючі підходи щодо співіснування цих двох найважливіших регуляторів медичної діяльності можна представити наступним чином:

- несуперечливий характер взаємодії норм медичної етики та медичного права;
- колізійний характер взаємодії норм медичної етики та медичного права.

Цілком зрозуміло, що перший варіант взаємодії етики та права видається найбільш привабливим як з теоретичної, так і з практичної точок зору. Такий варіант заснований на можливості насичення правових приписів нормами медичної етики (біоетики). Необхідно визнати, що більшість правових норм медичного права (як в Україні, так і в інших країнах світу) мають чітку спорідненість з етичними нормами, не тільки не суперечать таким рекомендаційним правилам поведінки, а й забезпечують їх більш високим (у порівнянні з нормами моралі та етики) ступенем захисту.

Другий – суперечливий варіант взаємодії медичного права та медичної етики має

у своїй основі декілька причин. Зокрема, конфлікт між індивідуальними цінностями та цінностями певної спільноти (громади, людства в цілому) завжди буде визначати стрижень напруги між тими чи іншими інститутами медичного права та медичної етики. З іншого боку, об'єктивною причиною конфлікту етики та права може стати неможливість забезпечення рівного доступу до певних правових можливостей (трансплантації органів, пільгового придбання ліків, з часом, можливо, – біологічного безсмертя).

Як зазначає О. Возіанов, закон про трансплантацію, ухвалений у нашій країні, максимально захищаючи інтереси потенційних донорів як особистостей, не просто став на заваді роботи трансплантологів, але і зробив інколи практично неможливим надати допомогу, а часто і врятувати життя сотням і тисячам пацієнтів, яким сучасна медицина могла б допомогти [1].

Історично склалося так, що незважаючи на цілком очевидну спорідненість предмета регулювання та механізмів регулюючого впливу, медична етика та медичне право тривалий період часу розвивалися, так би мовити, паралельно. Усвідомлення жахливих уроків Другої світової війни після закінчення Нюрнберзького процесу в

1947 р. призвело до появи Нюрнберзького кодексу (Nuremberg Code), що регламентує проведення біомедичних досліджень на людях. Можна стверджувати, що ганебні явища медичної практики нацистських лікарів підштовхнули медичну спільноту до дискусії про необхідність запровадження неминливих загальнолюдських цінностей як головного пріоритету медичної етики та медичного права.

Міжнародний кодекс медичної етики [6], який було прийнято 3-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації (Лондон, жовтень 1949), доповнено 22-ою Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Сідней, серпень 1968) та 35-ою Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Венеція, жовтень 1983), сьогодні є загальновідомим зведенням етичних приписів, які лежать в основі будь-якого медичного втручання. Чимало досліджень присвячено вивченню зв'язків Міжнародного кодексу медичної етики та положень національних медичних законодавств різних країн світу. Без перебільшення можна стверджувати, що демократичні країни світу сьогодні демонструють прихильність до етичних норм у своїх медичних законодавствах, дбаючи про ціннісне наповнення процесу професійного спілкування лікарів, провізорів, пацієнтів, менеджерів охорони здоров'я.

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. [7], основоположний закон, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я, містить чимало приписів, які мають етичне забарвлення. Ми звикли до таких відомих інститутів медичного права, як лікарська таємниця, інформована згода пацієнта на медичне втручання, і сьогодні вже не ідентифікуємо їх як етичні норми. Хоча ціннісні пріоритети, покладені в основу таких «стовпів» будь-якого медичного втручання (автономія пацієнта, повага до його приватного життя, добровільність, поінформованість), за своїм походженням споріднені з етичними нормами.

Протягом історії існування людини як біологічного виду формувалася біоетика – етика ставлення до всього живого. Сьогодні цей багатоаспектний феномен вбирає в себе не тільки суто медичну етику, а й численні норми спілкування людини в соціумі взагалі, сприйняття живої природи як середовища життєдіяльності людини.

Збагачуючись з часом у процесі завоювання людиною нових знань про себе та Всесвіт, біоетика сьогодні здатна стати ціннісним осередком багатьох наук, у тому числі – медицини і медичного права.

З метою упорядкування непростиж (а інколи суперечливих) «відносин» біоетики та медичного права протягом другої половини ХХ сторіччя робилися численні спроби розробити систематизовані акти, які б у собі поєднували гармонійні ціннісні етичні стандарти та загальнообов'язковий механізм дотримання правових норм. Саме тому з'явилися Етичні кодекси. Важливо підкреслити, що ініціатива, започаткована Всесвітньою Медичною Асоціацією, знайшла своє продовження як у царині міжнародного медичного права, так і на рівні окремих національних законодавств.

В Україні Етичний кодекс лікаря України прийнято та підписано на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та Х З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р. [4]. Але як би високо ми не оцінювали потенціал цього документа, на відміну від кодексів, які є систематизованими актами законодавства України та регулюють правовідносини у різних сферах суспільного життя, Етичний кодекс лікаря України поки що залишається гармонійною декларацією української медичної спільноти, застосування (або нехтування якою) не породжує само по собі ніяких юридичнозначущих наслідків.

Важливим кроком сучасного медичного права назустріч викликам біоетики стали спроби інституціалізації, тобто створення етичних комітетів.

Страх і стурбованість, що викликані експериментальними дослідженнями на

людині з боку біомедичних наук, стали однією з причин створення в цивілізованих країнах етичних комітетів, мета яких полягає в етичній регламентації дій учених. При Президії Академії медичних наук України також створено Комітет з біоетики і ефективно функціонує система біоетичної експертизи всіх науково-дослідних та дисертаційних робіт, які виконуються в установах Академії. В Україні чітко організована експертиза та дотримання принципів етики при клінічних випробуваннях лікарських засобів [1].

Європейське законодавство щодо клінічних випробувань (КВ) було гармонізовано у 2001 р. ухваленням так званої Європейської директиви щодо клінічних випробувань (2001/20/ЄС), яка мала на меті чотири основних цілі: 1) захист суб'єктів КВ, 2) впровадження принципів належної клінічної практики (Good Clinical Practice – GCP) у всі КВ лікарських засобів (далі – ЛЗ), 3) гармонізація процедури отримання схвалення регуляторних органів та етичних комітетів (далі – ЕК), 4) централізований збір інформації про КВ, що проводяться, та результатах щодо параметрів безпеки. Існуючу в Україні нормативно-правову базу проведення КВ ЛЗ гармонізовано відповідно до згаданої Європейської директиви щодо клінічних випробувань (2001/20/ЄС) [12].

Основною метою довготривалого порівняльного дослідження, яке охоплювало 27 країн-членів ЄС, а також Ісландію та Норвегію, була об'єктивна оцінка впливу Директиви 2001/20/ЄС на всі зацікавлені сторони (на комерційних спонсорів, некомерційних (академічних) спонсорів, ЕК та регуляторні органи. Впровадження Директиви 2001/20/ЄС суттєво збільшило навантаження на ЕК, на академічні дослідження (збільшення часових витрат, тобто фактичне збільшення періоду до включення першого пацієнта). З точки зору некомерційних спонсорів, при обговоренні директиви та наслідків її впровадження необхідно відповісти на питання: 1) чи

призвела директива до посилення безпеки пацієнтів? 2) який вплив спричинила директива на якість наукових досліджень ЛЗ? 3) чи можуть наукові КВ ЛЗ в умовах посилення адміністративного та фінансового навантаження залишатися незалежними від фармацевтичної промисловості? [12].

Фактично, саме розвиток фармакотерапії став підґрунтям єднання медичного права та біоетики. Саме проблематика належного проведення клінічних випробувань започаткувала розмову про створення складних багатоаспектних інститутів – належної клінічної практики (GCP), належної виробничої практики (GMP), належної дистрибуторської практики (GDP).

Історично склалося, що концептуальне поняття, яке в англійському оригіналі звучить як «pharmaceutical care», дало життя двом українським поняттям: «фармацевтична допомога» та «фармацевтична опіка». Варіант «опіка» включає і опікування, і піклування, і турботу, і нагляд, тобто ті поняття, які цілком вписуються в концепцію фармацевтичної допомоги, проголошену ВООЗ та МФФ – Міжнародною фармацевтичною федерацією (International Pharmaceutical Federation). Але виникає одне сутнісне розгалуження. Етимологічно це слово набуло домінуючого значення в площині юриспруденції, де воно асоціюється також з опікунством, що передбачає недієздатність того, над ким встановлюється опіка. Отут і виникає притичина: адже, згідно з концепцією ВООЗ/МФФ пацієнт постає в площині фармацевтичної допомоги не лише як її добре поінформований реципієнт, але й активний співавтор власної медикаментозної терапії, свідомий учасник створення та втілення свого плану лікування [13].

Фармацевтична допомога – це принципово нова концепція у фармацевтичній практиці, яка виникла в середині 70-х років минулого століття. Її кардинальна сутність полягає в тому, що усі фармацевти, які здійснюють практичну діяльність, повинні нести відповідальність за результати

фармакотерапії у своїх пацієнтів. Вона охоплює різні послуги та функції – деякі з них є новими для фармацевтичної діяльності, інші – традиційні, що визначаються та надаються з боку фармацевтів в рамках індивідуального обслуговування ними своїх пацієнтів. Концепція фармацевтичної допомоги також включає моральну відповідальність за благополуччя пацієнтів як особистостей, які потребують уваги, співчуття та турботи з боку фармацевта та залучують на них [10].

Саме на таку етико-правову концепцію фармацевтичної допомоги орієнтовано Наказ МОЗ України № 284 від 16 травня 2011 р. «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)», яким визначаються певні алгоритми дій провізора (фармацевта) у процесі його професійного спілкування з пацієнтом при відпуску без рецептурних ЛЗ. Цей Наказ МОЗ містить 32 окремих алгоритми (протоколи) щодо відпуску пацієнтові безрецептурних препаратів. Не можна не відзначити, що більшість пунктів професійного спілкування провізора з пацієнтом за своєю спрямованістю характеризуються саме як етичні норми (наприклад, провізор має переконатися, наскільки пацієнт засвоїв інформацію, пересвідчитися, що пацієнт більше не має запитань) [8].

Як зазначає П. Снегірьов, принципова позиція ВООЗ та МФФ виявляється у тому, що фармацевтична допомога («pharmaceutical care») надається пацієнтові в рамках медичної допомоги («medical care») – як невід’ємна складова останньої. До того ж, у цьому слові звучить латинський корінь, близький серцю кожного медичного працівника, бо започаткував надзвичайно ємний і вдалий медичний термін «курація». А курація – це й є повномасштабне та всебічне опікування медичними та фармакотерапевтичними проблемами пацієнта, нагляд та турбота, моніторинг та контроль виконання лікувального плану тощо. Відповідно до «Керівництва з розробки та втілення стандартів щодо належ-

ної аптечної практики (фармацевтичних послуг) – GPP» (ВООЗ, Копенгаген, Данія, травень 2001 р.), необхідної щоб аптечні заклади перетворилися у заклади охорони здоров’я, як того вимагає ст. 16 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров’я», розроблено та пропонується втілити 24 стандарти за 4 напрямками: 1) просвіта та запобігання погіршенню здоров’я населення – 4 стандарти; 2) забезпечення правильного застосування рецептурних препаратів і виробів медичного призначення – 6 стандартів; 3) самолікування – фармацевтична опіка – 4 стандарти; 4) вплив на виписування та використання ЛЗ та виробів медичного призначення – 9 стандартів [13].

Більшість із вказаних стандартів знайшли втілення в нормах законодавства України під час розробки та впровадження в медичну практику формулярної системи забезпечення населення ЛЗ. У Положенні про Державний формуляр лікарських засобів, затвердженому Наказом МОЗ України № 529, зареєстрованого у Мін’юсті 29 жовтня 2009 р. за № 1004/17020, зазначено, що Державний формуляр ЛЗ спрямований на забезпечення системи охорони здоров’я України об’єктивною інформацією про ЛЗ з метою протидії упередженню їх поширенню. Перегляд та оновлення Державного формуляра здійснювалось відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо створення національного формуляра. Під час підготовки Другого випуску Державного формуляра ЛЗ (далі – Державний формуляр), затвердженого Наказом МОЗ України від 28 січня 2010 р. № 59, Третього випуску Державного формуляра, затвердженого Наказом МОЗ України від 23 березня 2011 р. № 159, було переглянуто всі розділи, доповнено їх новою інформацією.

Необхідно підкреслити, що важливі етичні норми містяться у додатках до Державного формуляра ЛЗ (всіх трьох його випусків, які вже затверджено наказами МОЗ України, та четвертого випуску, проект якого оприлюднений на сайті Держав-

ного Експертного Центру МОЗ України). Наприклад, Додаток 6 «Попереджувальна інформація, скерована на медичний персонал та пацієнта, щодо медичного застосування лікарських засобів» містить розмежування фармацевтичної опіки, скерованої на лікарів, та фармацевтичної опіки, скерованої на пацієнтів [3].

У зв'язку з актуалізацією наприкінці ХХ – початку ХХІ сторіччя проблеми надання професійної, у тому числі фармакотерапевтичної, допомоги контингенту невиліковних хворих з важкими хворобами, кількість яких у світі постійно зростає, постало питання створення окремих спеціальних формулярів та клінічних протоколів надання медичної допомоги паліативним пацієнтам, у тому числі медичного знеболення онкохворих із застосуванням опіоїдних анальгетиків. Такі спеціальні формуляри були створені в останні роки у Великій Британії (Palliative Care Formulary. Third Edition) та США (Hospice and Palliative Care Formulary USA. Second Edition). Головною метою паліативної та хоспісної медицини є підтримка якості життя пацієнта у фінальному періоді хвороби, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань хворої людини та її близьких, збереження людської гідності пацієнта [3, 327].

Саме тому спеціальні формуляри раціональної фармакотерапії для таких хворих містять не просто інформацію про фармакологічні властивості тих чи інших ЛЗ, а також рекомендації етичного характеру щодо поведінки медичного персоналу з такими особливими пацієнтами.

Найважливіше місце в системі фармакологічних заходів паліативної медицини займає боротьба з хронічним больовим синдромом (ХБС), що являє собою найпоширеніший та найстрашніший прояв розвитку злоякісних новоутворень. Синдром хронічного болю спостерігається, залежно від клінічної форми патології, у 45–100% хворих на рак в термінальній стадії захворювання. Боротьба з болем є обов'язковою

та неодмінною складовою ведення онкологічних хворих, що передбачається, зокрема, Паризькою Хартією боротьби проти раку, до якої Україна приєдналася 26 березня 2007 р., ставши 32-м її учасником. Комплекс фармакологічних заходів, спрямованих на контроль хронічного болю у пацієнтів із злоякісними пухлинами ґрунтується на концептуальному уявленні про те, що виходячи з можливостей сучасної клінічної медицини, зокрема фармакотерапії високоефективними анальгетиками, біль у онкохворих може бути ліквідований у 80–90% пацієнтів навіть в ІV стадії розвитку пухлинного процесу. Саме тому до Державного формуляру ЛЗ було включено Додаток 8 «Лікарські засоби для надання паліативної та хоспісної допомоги» [3, 327–376].

У контексті визнання у законодавстві України права пацієнта відмовитися від запропонованого лікарем медичного втручання зростає роль фармацевта щодо поширення етики прихильності пацієнта до лікування. Така прихильність інтерпретується, як комплайнс (compliance) – здатність пацієнта дотримуватися режиму лікування, яке призначив лікар, що веде пацієнта. Це поняття більшою мірою стосується чіткого дотримання пацієнтом терапії, яку лікар призначив без обговорення з ним [11].

У 2003 р. Рада МФФ затвердила «Положення з професійних стандартних обов'язків фармацевта щодо сприяння прихильності до довготривалого лікування» (Statement of Professional Standards on the Role of the Pharmacist in Encouraging Adherence to Long Term Treatments). Існує багато чинників для пошуку шляхів зміцнення прихильності довготривалої терапії пацієнтів з хронічними захворюваннями на кшталт ВІЛ/СНІДу. Фармацевти та інші професіонали охорони здоров'я, які в рамках надання медичного обслуговування застосовують лікарські засоби, мають докласти усіх зусиль для допомоги пацієнтам у їх прагненні підвищити рівень своєї

прихильності до терапії. У 1997 р. роль фармацевтів у протидії ВІЛ/СНІДу була визнана у спільній Декларації МФФ та ВООЗ (joint Declaration by FIP and WHO). У 2004 р. МФФ започаткувала «Міжнародне партнерство фармацевтів з протидії ВІЛ/СНІДу» (International Network for Pharmacists on HIV/AIDS; www.fip.org/hiv aids), діяльність якого сконцентрована у трьох основних напрямках: освіта, документообіг та обмін досвідом [10].

У 1996 р. МФФ прийняла принципову заяву під назвою «Самолікування (у тому числі медикаментозне): професійна роль фармацевта» (Statement of Principle – Self-Care (including Self-Medication): The Professional Role of the Pharmacist), що проголошує політику МФФ у царині зобов'язань фармацевтів за надання консультативних послуг щодо медикаментозного самолікування. За цією заявою послідувала спільна «Декларація з відповідального самолікування» (joint Declaration on Responsible Self-Medication), підписана у 1999 р. Радою МФФ та Світовою асоціацією виробників препаратів для самолікування (World Self-Medication Industry – WSMI) – настановчий документ для фармацевтів, пацієнтів та представників індустрії щодо безпечного та ефективного застосування лікарських засобів безрецептурної форми відпуску [10].

Роль фармацевтів також знайшла своє відображення у затвердженій резолюцією 47 Асамблеї «Оновленій стратегії ВООЗ щодо лікарських засобів» (WHO. World Health Assembly. Resolution WHA47.12: Role of the pharmacist in support of the WHO revised drug strategy. WHA47/1994/REC/1). Документ визнає ключову роль фармацевтів у громадській системі охорони здоров'я, зокрема щодо застосування ліків. Підкреслюється також їх обов'язок надавати компетентні та об'єктивні рекомендації щодо ліків та їх застосування, сприяти впровадженню концепції фармацевтичної допомоги, брати активну участь у заходах з профілактики захворювань та

санітарної просвіти. Третє та четверте засідання консультативних груп ВООЗ щодо ролі фармацевтів відбулися у 1997 р. у Ванкувері (The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: curricular development. Report of the third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, 27–29 August 1997. Geneva: World Health Organization; 1997. Document no. WHO/PHARM/97/599 [10].

Фундаментальною основою для деяких визначень Належної аптечної практики (Good Pharmacy Practice – GPP) слугує концепція «фармацевт семи зірок» (seven-star pharmacist), яку було висунуто ВООЗ та ухвалено МФФ у 2000 р. в рамках її програмного документа з Належної практики фармацевтичної освіти (Good Pharmacy Education Practice), розглядає фармацевта як особу, яка надає допомогу і приймає рішення, як комунікатора, вчителя (наставника) і довічного учня, лідера й менеджера (The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: Curricular development. Report of a third WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, Vancouver, Canada, 27–29 August 1997. Geneva: World Health Organization; 1997. WHO/PHARM/97/599 – <http://www.who.int/medicinedocs>) [11].

Нещодавно побачила світ друга редакція керівництва ВООЗ «Видача дозволів на маркетинг лікарських препаратів із наголосом на багатоджерельні (генерикові) продукти. Посібник ВООЗ для національних органів, що регулюють обіг лікарських засобів», відомого як Блакитна книга ВООЗ, регуляторна біблія для препаратів-генериків. Уряди деяких країн мають загальні кодекси поведінки для державних службовців, що здійснюють регулювання обігу ЛЗ, у той час, як в інших країнах є спеціальні кодекси для окремих закладів. ВООЗ оприлюднила власний Візирець кодексу поведінки (WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Example of a code of conduct

(Appendix 1 to Annex 6 of WHO TRS 937). Geneva: WHO; 2006), а Обсерваторія з Етичних кодексів та Кодексів поведінки країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) наводить перелік відповідних останніх національних публікацій (www.oecd.org); ключове словосполучення для пошуку: «Code of Conduct»). Нова Благитна книга пропонує для національних органів з регулювання ЛЗ низку варіантів управління обігом ліків. Важливим доповненням став новий розділ, присвячений належній регуляторній практиці (Good Regulatory Practice – GRP) [2].

Необхідно підкреслити, що в Україні створюються громадські організації (наприклад, Асоціація виробників інноваційних ліків АПРАД є недержавною і неприбутковою організацією, що була заснована у 2007 р.), які поділяють принципи належної дистрибуторської практики, просування та заохочення етичних принципів і практики ведення комерційної діяльності, які б відповідали європейським стандартам, серед своїх членів та у фармацевтичній спільноті країни в цілому. Сьогодні Асоціація АПРАД об'єднує 15 найбільших світових компаній – лідерів у розробці, дослідженнях та виробництві інноваційних ліків, які присутні в Україні [5].

Сучасні теоретичні та практичні аспекти застосування етичних норм у правовому регулюванні медичної і фармацевтичної діяльності залишаються дискусійною проблемою, тим більше, що у ході ускладнення видів та способів медичного втручання і надалі будуть виникати підстави для «конфлікту інтересів» етики і права. На нашу думку, практичне

розв'язання численних проблемних ситуацій можливе тільки шляхом проведення відкритої мультидисциплінарної дискусії фахівців з медичного права, біоетики, медичних та фармацевтичних працівників.

Висновки. Дослідження процесів створення та застосування Етичних кодексів у медицині сьогодні дозволяє зробити наступні **висновки**: 1) етичні кодекси у сучасних медичних законодавствах існують у вигляді документів, які мають назву «кодекси», «настанови», «рекомендації», «формуляри» та розрізняються за юридичною чинністю; 2) щоб уникнути численних дорікань щодо абстрактного характеру норм етичних кодексів, для фактичної реалізації положень етичного кодексу необхідно розробляти та ухвалювати його у встановленому законодавством України порядку, що забезпечує нормативність його застосування всіма суб'єктами правовідносин; 3) специфічний характер норм, які поєднані у етичному кодексі, здебільшого обумовлює його рекомендаційний (факультативний) характер. Тому з точки зору юридичної техніки доцільно називати такі акти деклараціями, а не кодексами; 4) необхідно збільшити обсяг аудиторних годин (на етапі додипломного та післядипломного навчання медичних та фармацевтичних працівників) для з'ясування специфічних механізмів впливу правових та етичних норм, їх співвідношення, юридичних наслідків їх застосування та порушення; 5) цілком перспективним видається створення не універсальних етичних кодексів (норми яких мають абстрактний характер), а кодексів спеціалізованого цільового характеру (як, наприклад, кодекс належної промоції ЛЗ, кодекс медичної сестри тощо).

Список літератури:

1. *Возіанов О.* Біологічна етика – інвективи теоретиків і реалії життя [Електронний ресурс] / О. Возіанов // Інтернет-ресурс. – Режим доступу: <http://m-l.com.ua/?aid=384#>
2. Голубая книга ВОЗ–2. Фокус на надлежашую регуляторную практику [Електронний

ресурс] // Аптека: Щотижневик. – 2012. – № 10(831). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/115153>

3. Додатки до Третього випуску Державного формуляру ЛЗ [Електронний ресурс] // МОЗ України, Державний Експертний Центр. – Режим доступу: <http://www.pharma-center.kiev.ua/view/formylar>

4. Етичний кодекс лікаря України: Прийнято та підписано на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р. [Електронний ресурс] // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 6(74). – XI/XII. – Режим доступу: http://www.umj.com.ua/archive/74/pdf/1543_ukr.pdf

5. Кодекс фармацевтичної маркетингової практики Асоціації виробників інноваційних ліків АПРАД [Електронний ресурс] // АПРАД Асоціація виробників інноваційних ліків. – Режим доступу: <http://www.aprad.org.ua/cms/index/kodex.html>

6. Международный кодекс медицинской этики [Електронний ресурс] // Доктор. Ру: Журнал. – 2003. – № 12. – Режим доступу: <http://www.medafarm.ru/php/content.php?group=5&id=3531>

7. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс]: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ (в редакції від 1 січня 2012 р.) [Електронний ресурс] // Сайт законодавства України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>

8. Про затвердження протоколів провізора (фармацевта): Наказ МОЗ України № 284 від 16 травня 2011 р. [Електронний ресурс] // Держ. експерт. центр МОЗ України. – Режим доступу: http://www.pharma-center.kiev.ua/view/new_doc

9. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України № 529 від 22 липня 2009 р. [Електронний ресурс] // Держ. експерт. центр МОЗ України. – Режим доступу: <http://www.pharma-center.kiev.ua/view/formylar>

10. Розвиток фармацевтичної практики. Фокус на допомозі пацієнтові: Посібник Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної фармацевтичної федерації (редакція 2006 р.) [Електронний ресурс] / [укр. перекл. під заг. ред. В.П. Черниха] // Аптека: Щотижневик. – 2009. – № 32(703). – Режим доступу: (<http://www.apteka.ua/article/9232>); № 33(704). – Режим доступу: (<http://www.apteka.ua/article/9293>); 35 (706). – Режим доступу: (<http://www.apteka.ua/article/9352>)

11. Розробка стандартів фармацевтичної діяльності. Фокус на допомогу пацієнтові: Посібник Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної фармацевтичної федерації (редакція 2006 р.) [Електронний ресурс] / [укр. перекл. під загальною редакцією В.П. Черниха] // Аптека: Щотижневик. – 2009. – № 21(692). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/8663>

12. Руднева Е. Влияние европейского законодательства на КИ (отчет проекта ICREL) [Электронный ресурс] / Е. Руднева // Аптека: Щотижневик. – 2009. – № 33(704). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/9270>

13. Снегірьов П. Доленосне публічне обговорення: яким бути національним стандартам фармацевтичного обслуговування [Електронний ресурс] / П. Снегірьов // Аптека: Щотижневик. – 2009. – № 36(707). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/9423>

14. Этический кодекс медицинской сестры России [Электронный ресурс] // Медицина и право. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/NursCodeRF.htm>

РЕЗЮМЕ

В наиболее обобщенном виде взаимоотношения медицинского права и медицинской этики могут быть представлены с помощью двух моделей (непротиворечивый характер взаимодействия и коллизионный характер взаимовлияния). С целью примирения противоречий биоэтики и медицинского права создавались Этические кодексы, которые в разных национальных законодательствах имеют форму «рекомендаций», «деклараций», «формуляров» и различаются по их юридической силе.

SUMMARY

The interrelation of medical law and medical ethics can be generally presented with the help of two patterns: non-contradictory nature of interaction and the nature of colliding interdependence. In order to settle the controversies of bioethics and medical law Ethical Codes having different legal force in various national legislative regimes («recommendations», «declarations», «set forms») have been elaborated.

*Рекомендовано кафедрою
адвокатської майстерності
та міжнародної юридичної практики*

Подано 20.02.2012.