

ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

Джочка О. П.

Львівський національний університет ім. І. Франка

Відповідно до ст. 5 Сімейного кодексу держава охороняє сім'ю, дитинство, материнство, батьківство, створює умови для зміцнення сім'ї, забезпечує охорону прав матері та батька, матеріально і морально заохочує і підтримує материнство та батьківство. Суттєве значення для охорони репродуктивного здоров'я, особливо неповнолітніх, має законодавче визначення віку вступу до шлюбу та законодавча регламентація порядку медичного обстеження осіб, які вступають до шлюбу, зокрема, консультацій з питань планування сім'ї. В Україні шлюбний вік для жінки встановлюється в сімнадцять років, а для чоловіка — у вісімнадцять (ст. 22). При наявності поважних причин за зявою особи рішенням суду їй може бути надано право на шлюб по досягненню 14 років. Держава забезпечує їй умови для медичного обстеження осіб, які подали заяву до шлюбу за їх згодою (ст. 30). Якщо одна з осіб, що вступають до шлюбу, приховала від другої особи наявність тяжкої або небезпечної для другого з подружжя, їх нащадків хвороби, а також нездатність чоловіка чи дружини до зачаття дитини, шлюб може бути визнаний недійсним.

Реалізації державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в умовах політичних і соціально-економічних перетворень також сприяють укази Президента України та постанови Кабінету Міністрів України.

За період з 1991 року видано понад 100 указів та постанов, які стосувались нагальних питань охорони здоров'я населення. Серед них найвагомішими є укази Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» від 08.08.2000 р. № 963/2000, «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я України» від 07.12.2000 р. № 1313/2000. В обох документах зазначається необхідність поліпшення демографічної ситуації, пріоритетність охорони здоров'я жінок та дітей.

З урахуванням несприятливої демографічної ситуації указом Президента України від 2002 р. затверджені «Заходи щодо заохочення народжуваності», а розпорядженням Кабінету Міністрів України від 01.07.2002 р. № 355-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочення народжуваності на 2002—2007 роки» регламентований план їх реалізації. Також розпорядженням Кабінету Міністрів України від 08.10.2004 р. № 724-р була схвалена «Концепція демографічного розвитку на 2005—2015 роки», яка визначає, що основною метою у сфері сімейної політики та народжуваності є формування системи особистих і суспільних цінностей, орієнтованих на створення сім'ї з двома дітьми, зміцнення та підвищення її виховного потенціалу як основного

осередку відтворення населення. Об'єктами безпосередньої уваги держави повинні бути молоді сім'ї та сім'ї з дітьми.

У медичній літературі панує думка, що контроль з боку держави за виконанням законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, на жаль, є малоефективним, оскільки недостатнє і нестабільне фінансування заходів стримує досягнення бажаних результатів [1]. Дану тезу можна доповнити тим, що проблема репродуктивного здоров'я криється не лише в недостатньому фінансуванні, але і в нечіткому законодавчому врегулюванні та відсутності механізмів реалізації суб'єктивних прав пацієнтів.

Медична наука та техніка за останні десятиріччя досягла значних успіхів. В якості одного з таких показників слід виділити репродуктивні технології, тобто методи терапії безпліддя, при яких окремі або всі етапи зачаття та раннього розвитку ембріонів проходять поза організмом людини. Особливе значення для розвитку медичного права мають два різновиди репродуктивних технологій: штучне запліднення та сурогатне материнство [2]. Теоретичні розробки вітчизняних та закордонних дослідників медичного права, а також необхідність врегулювання відносин у суспільстві з приводу охорони репродуктивного здоров'я населення, стали підставою для розробки законопроектів «Про репродуктивні права та гарантії їх здійснення», «Про охорону репродуктивного здоров'я».

Однією із форм застосування репродуктивних технологій є штучне запліднення, на правове регулювання якого хочемо звернути увагу. Тривалий час в Україні в медичній практиці лікарі застосовували наказ МОЗ СРСР від 13.05.87 №669 «Про розширення досвіду по застосуванню методу штучної інсемінації спермою донора», проте, спостерігалось катастрофічне зниження народжуваності. Суттєвий вплив на її рівень справляло безпліддя подружніх пар, кількість яких постійно зростала. В лікуванні безпліддя в Україні з 1987 року почали застосовуватись нові репродуктивні технології. Станом на 1997 рік діяло 5 лабораторій, які використовують даний вид медичної допомоги, передбачений законом. На впровадження в дію положень Основ законодавства України про охорону здоров'я МОЗ України видало Наказ «Про затвердження умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення» (далі Наказ). Відповідно до цього акту штучне запліднення можна здійснити використовуючи анатомічні матеріали як обох членів подружжя, так і з використанням донорської сперми чи яйцеклітини, а також шляхом перенесення заплідненого ембріона в організм жінки.

Оскільки подружжя дає згоду на проведення операції з штучного запліднення, на нього покладається ризик за можливі наслідки, а також зобов'язання не пред'являти претензії до лікарів, які проводили екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріона (ембріонів), і керівника закладу у разі відсутності ефекту від застосування даного методу.

Відповідно до ст. 48 (штучне запліднення та імплантація ембріона) Основ законодавства України про охорону здоров'я застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими МОЗ України, на прохання дієздатної жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці. Розкриття анонімності донора може бути здійснено в порядку, передбаченому законодавством.

Подружжя має право на інформацію про процедуру штучного запліднення та медичні і правові аспекти її наслідків, результати медико-генетичного обстеження донора, зовнішні його дані, національність (якщо для запліднення використовується сперма донора), використання дружиною призначених гормональних препаратів та інших медикаментів, проведення трансвагінальної пункції під ультразвуковим контролем з метою отримання одного або більшої кількості ооцитів у дружини, інсемінацію отриманих таким шляхом яйцеклітин спермою чоловіка (донора). Також законодавством передбачено право утримання ембріона (ембріонів) під контролем медичного персоналу до моменту перенесення їх дружині, добір персоналом ембріона (ембріонів), які найбільш придатні для перенесення, перенесення відібраного ембріона (ембріонів) дружині, про можливі ускладнення, що виникають при застосуванні методу, про додаткові оперативні заходи, в яких може виникнути потреба при виконанні процедур. Важливою є інформація про те, що діти, які народилися шляхом екстракорпорального запліднення, можуть мати відхилення у розвитку так само часто як і при природному заплідненні, а також те, що протягом вагітності можуть бути ускладнення, які характерні і для вагітності, яка настає природним шляхом. Попри встановлений в Наказі перелік прав подружжя, законодавчо не встановлено прав дитини, потреба в реалізації яких може виникнути в майбутньому.

Наказом визначено умови та порядок проведення штучного запліднення, методи, а також вимоги до донора та майбутньої матері. Штучне запліднення повинно бути проведене в акредитованому закладі охорони здоров'я при використанні методів, дозволених МОЗ України, на прохання дієздатної жінки та за письмовою заявою подружжя, при повному медичному обстеженні обох членів подружжя. Граничний вік жінки, щодо якої може бути проведена дана процедура, не повинен перевищувати 40 років.

Важливим аспектом є те, що подружжю, до якого застосовується даний метод, інформація надається лікарем, який здійснює медичне втручання. Для штучної інсемінації використовується як сперма чоловіка, так і донора, а відомості про проведення штучної інсемінації, про особу донора складають лікарську таємницю. Окрім того, що майбутні батьки беруть на себе рівні права та обов'язки по відношенню до майбутньої дитини щодо її виховання і утримання, а також обов'язок не встановлювати особу донора (при використанні сперми донора). Згідно наказу «Про удосконалення

організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді», затвердженого МОЗ України, лікар-акушер-гінеколог забезпечує дотримання принципів професійної етики, збереження лікарської таємниці, конфіденційності, анонімності відповідно до чинного законодавства України, консультування відвідувачів з питань здорового способу життя, збереження репродуктивного здоров'я, психогігієни статі, профілактики ранніх статевих стосунків та ризикової моделі поведінки.

Наказ передбачає процедуру кодування і маркування сперми з метою забезпечення конфіденційності як донора, так і реципієнтів, причому встановлений код заноситься в індивідуальну картку донора та в медичну картку амбулаторного хворого — реципієнта. Таким чином, неодноразове наголошення законодавця про конфіденційність процедури штучного запліднення є лише декларативним, адже не так важко встановити тотожність кодів у вищезгаданих картках.

Відповідно до статті 155 Сімейного кодексу України здійснення батьками своїх прав та виконання обов'язків мають ґрунтуватися на повазі до прав дитини та її людської гідності. Реєстрація народження дитини провадиться з одночасним визначенням її походження та присвоєнням прізвища, імені та по батькові. У разі народження дитини жінкою, якій було імплантовано зародок, зачатий подружжям, реєстрація народження провадиться за заявою подружжя, яке дало згоду на імплантацію. У цьому разі одночасно з документом, що підтверджує факт народження дитини цією жінкою, подається засвідчена нотаріусом її письмова згода на запис подружжя батьками дитини. При цьому в графі «Для відміток» робиться відповідний запис: матір'ю дитини згідно з медичним свідоцтвом про народження є громадянка (прізвище, ім'я, по батькові). Оспорювання материнства не допускається у випадках штучного запліднення дружини, проведеного за письмовою згодою її чоловіка, де він записується батьком дитини, яка народжена його дружиною. У разі імплантації в організм іншої жінки зародка, зачатого подружжям, батьками дитини є подружжя. Якщо зародок, зачатий чоловіком, який перебуває у шлюбі, та іншою жінкою, імплантовано в організм його дружини, дитина вважається такою, що походить від подружжя. В даному випадку не виникає сумнівів походження дитини від осіб, які записані її батьками, але її біологічні дані, зокрема генетичне походження буде іншим. Тут вбачається негативний правовий наслідок, що може виникнути у майбутньому — при укладенні шлюбу, адже можна презюмувати такий збіг обставин, при якому майбутні члени подружжя матимуть спільне біологічне походження. Статтею 39 Сімейного кодексу України встановлено, що шлюб зареєстрований між особами, які є родичами прямої лінії споріднення, а також між рідними братом і сестрою є недійсним. Анулювання актового запису провадиться за заявою заінтересованої особи. Важко уявити, хто буде в даному випадку заінтересованою особою, якщо інформація про походження особи становитиме лікарську таємницю.

Законодавець нещодавно вніс зміни до Сімейного кодексу України, якими підтвердив необхідність попереджати наречених про стан здоров'я кожного з них, в протилежному випадку, непоінформованість може стати підставою визнання шлюбу недійсним. Попри це, медичний аспект цієї проблеми стосується фізичного або психічного здоров'я іншого нареченого чи їхніх нащадків. За повідомленнями видання «Fertility and Sterility» на початку XX століття концепція приреченості і виродження родин зі спадковою патологією стала провідною — діагноз спадкової хвороби вважався вироком для дитини і навіть її сім'ї. На цьому тлі стала набирати сили еugenіка — напрям досліджень поліпшення природи людини. Врешті-решт вона «обгрунтовувала» насильницьке обмеження репродуктивної свободи. Євгенічні ідеї швидко поширилися в понад 30 країнах, у тому числі, у США, Німеччині, Данії, Швеції, і набули форм жорстких законів про примусову стерилізацію осіб, які народили дітей з епілепсією, олігофренією, шизофренією та іншими захворюваннями. Тільки у США в період із 1907 по 1960 роки було насильно стерилізовано понад 100 тис. чоловік. У Німеччині за перший рік нацистської евгенічної програми було стерилізовано приблизно 80 тис. чоловік. Що стосується розвитку медичної генетики в Україні, то розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 р затверджено Заходи щодо подальшого поліпшення медико-генетичної допомоги населенню на 2004—2008 роки.

У зв'язку з поширенням допоміжних репродуктивних технологій, для запобігання помилок у розрахунках генетичного ризику при проведенні медико-генетичного консультування, лікар-генетик спирається на відомості про біологічних батьків дитини згідно з чинним законодавством, етикогенетична допомога вагітним із високим генетичним ризиком включає: медикогенетичне консультування, у т. ч. клінікогенеалогічний аналіз сім'ї; дослідження біохімічних маркерів вродженої та спадкової патології у сироватці крові матері; ультразвукове дослідження стану плода; за необхідності проведення інвазивних методів пренатальної діагностики із використанням цитогенетичних, біохімічних, молекулярних досліджень; бактеріологічні та вірусологічні дослідження біологічного матеріалу вагітної для виявлення внутрішньоутробного інфікування плода.

На міжнародному рівні правові аспекти медичної генетики врегульовані Положенням про генетичне консультування та генну інженерію, прийняту Всесвітньою медичною Асамблеєю в Мадриді 1987 року. Для вирішення наукових та естетичних питань розвитку генетики ВМА визначила дві основні області генетичної діагностики:

1. Дослідження перед зачаттям дитини майбутніх батьків щодо генетичних захворювань для оцінки ймовірності зачаття хворої дитини;
2. Внутріутробні дослідження після зачаття для визначення стану плоду.

Обов'язком лікаря, який провів генетичне діагностування, є попередження батьків щодо майбутнього стану здоров'я дитини та прийняття ними свідомого рішення про

народження. Виявлення генетичного дефекту плоду для батьків є підставою вимагати проведення штучного переривання вагітності, а лікарю — за власними моральними переконаннями рекомендувати за чи проти використання методів стерилізації, контрацепції, переривання вагітності чи надавати інше консультування щодо генетичних проблем подружжя. Одночасно лікар не може відмовитись від надання послуг у сфері генетичного консультування у зв'язку із власними моральними переконаннями.

У літературі правове регулювання медичної генетики досліджував С.Г. Стеценко, зокрема, він зазначає, що особливістю генетичних методів медичного втручання є можливість виявити на генетичному рівні причину захворювання та чинники, які на нього впливають.

Відповідно репродуктивні права повинні здійснюватись на засадах:

- дотримання прав людини і громадянина;
- неможливості насильницького позбавлення репродуктивних властивостей та погіршення репродуктивної функції;
- недопущення дискримінації в сфері реалізації та захисту репродуктивних прав в усіх її проявах;
- заборони приниження людської гідності, в тому числі на підставі статевої належності, здатності до здійснення репродуктивної функції;
- рівноправності чоловіка та жінки, якщо це не суперечить їх біологічній природі;
- конфіденційності при розгляді і вирішенні питань щодо здійснення та охорони репродуктивних прав.

Отже, національне законодавство повинно бути розроблене в напрямку збереження репродуктивного здоров'я та регулювання використання репродуктивних технологій з метою збереження материнства, дотримання прав дитини. Беручи до уваги принцип гуманності та поваги до людської гідності та враховуючи положення про те, що пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування, вважаємо за доцільне поруч з цим правом закріпити на законодавчому рівні і право особи знати про своє походження. Моментом виникнення такого права може бути момент досягнення повноліття чи надання неповнолітній особі повної цивільної дієздатності. Тут вбачається безпосередній правовий зв'язок із змістом особистого немайнового права на особисте життя та його таємницю, із правом на інформацію. Тому бажання реалізувати його нерозривно пов'язане із влєвиявленням суб'єкта права, якому воно належить. Іншим аспектом в цьому правовідношенні буде поведінка всіх інших суб'єктів щодо дотримання та непорушення права особи знати про своє походження. Мається на увазі теза, яка стосується правового статусу суб'єктів, на яких покладено обов'язок щодо дотримання лікарської таємниці та її подальшого розголошення: нормативні акти передбачають їх існування,

але не містять механізму реалізації такими особами своєї компетенції. Тут доцільно було б законодавчо передбачити випадки та умови, за яких розкривається така інформація, перелік документів, що підтверджують необхідність розкриття та зацікавлених і уповноважених на це осіб.

Література

1. Нормативно-правове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї // Медична сестра. 2005, №1. — С. 26.
2. С.Г. Стеценко. Медицинское право. «Юридический центр Пресс». — СПб., 2004.