

I. СЕНЮТА

Правове забезпечення репродуктивного здоров'я в Україні: деякі аспекти

У статті окреслено проблеми царини репродуктивного здоров'я, увагу зосереджено на одній з ключових проблем цієї галузі — проблемі абортів, а також висвітлено один із заходів, спрямований на оптимізацію національних завдань у досліджуваній сфері, — партнерські пологи як елемент відповідального батьківства. Укладено пам'ятку для пацієнток на час вагітності, пологів і післяпологового періоду, з переліком їхніх прав, що передбачені чинним законодавством. Проаналізовано міжнародно-правові акти та вітчизняне законодавство в галузі охорони здоров'я, а також практику Європейського Суду з прав людини в досліджуваній проблематиці.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, штучне переривання вагітності, партнерські пологи, законодавство у галузі охорони здоров'я.

Репродуктивне здоров'я є невід'ємною складовою здоров'я кожної людини. Охорона репродуктивного здоров'я визначена ВООЗ відповідно до Резолюції Всесвітньої Асамблеї ООН з охорони здоров'я (1995) як пріоритетна галузь, яка включає сукупність профілактичних методів, прийомів і послуг, що впливають на здоров'я та благополуччя населення.

У Програмі дій Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку (Каїр, 1994) зазначено, що *репродуктивне здоров'я* є не просто свідченням відсутності хвороб репродуктивної системи або порушення її функцій, а станом повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, що передбачає можливість задовільного та безпечного сексуального життя, здатність до відтворення, право чоловіків і жінок на інформацію та доступ до безпечних, ефективних, прийнятних за вартістю методів планування сім'ї та інших обраних ними методів регулювання народжуваності, що не суперечать закону, а також право на доступ до відповідних послуг з охорони здоров'я, що дають змогу жінці безпечно перенести вагітність і пологи, а батькам — створити найкращі умови для народження здорової дитини.

Національне законодавство в цій царині максимально повно увібрало у себе кращі норми, закріплені у міжнародно-правових стандартах. Основний Закон держави передбачає, що сім'я, дитинство, материнство і батьківство охороняються законом (ч. 3 ст. 51). Серед пріоритетів національних інтересів, визначених у Законі України “Про основи національної безпеки”, закріплено зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають право жінки самій вирішувати питання про материнство, яке охороняється і заохочується державою, з метою охорони її здоров'я (ст. 57).

Основними проблемами у сфері репродуктивного здоров'я, які визначені у Концепції Державної програми “Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки” (далі — Концепція), схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.04.2006, є:

- материнська та малюкова смертність;
- високий рівень штучного переривання вагітності;
- значна кількість ускладнень під час вагітності та пологів;
- безплідність у чоловіків і жінок;
- поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ/СНІД;
- онкогінекологічна патологія.

21 липня 2008 р. за участю Міністра охорони здоров'я України Василя Князевича у МОЗ відбулося засідання Координаційної ради з питань виконання Концепції. Як негативне явище було відзначено зростання показника малюкової смертності — на 36% порівняно з 2006 р. (2006 р. — 11,5 на 100 тис. новонароджених, 2007 — 17,8). За 6 місяців поточного року показник становить 15,6 на 100 тис. живонароджених.

Основним завданням Програми “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року є спрямованість на поліпшення репродуктивного здоров'я населення як складової вирішення проблем демографічної та соціально-економічної ситуації у державі, а також поліпшення якості та доступності медичної допомоги, пропаганду здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства.

У ст. 5 Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок закріплено обов'язок держав вживати усіх відповідних заходів з метою, зокрема, забезпечення складових сімейного виховання: правильного розуміння материнства як соціальної функції і визначення загальної відповідальності чоловіків і жінок за виховання і розвиток своїх дітей за умови, що в усіх випадках інтереси дітей мають перевагу (п. “б”).

Актуальність обраної теми беззаперечна; стаття присвячена дуже важливій, але надто складній проблематиці. Метою публікації є аналіз міжнародного і вітчизняного законодавства у галузі репродуктивного здоров'я, розкриття окремих аспектів досліджуваної тематики (зокрема, партнерських пологів, штучного переривання вагітності), а також окреслення каталогу прав людини у цій царині.

Успішне здійснення профілактичних заходів і впровадження інноваційних перинатальних технологій дало змогу знизити рівень ускладнених пологів, що позитивно вплинуло на здоров'я новонароджених. До таких новітніх технологій належать і *партнерські пологи як складова відповідального батьківства*. У законодавстві України гарантовано належні умови для впровадження цієї технології, однак на практиці вона застосовується ще не повною мірою через низку причин, серед яких такі:

- недостатній обсяг знань медичних працівників пологових стаціонарів для проведення партнерських пологів, зокрема з приводу їх правильної організації та проведення, забезпечення прав людини у галузі охорони здоров'я при запровадженні цієї технології;
- необізнаність майбутніх батьків з “правилами поведінки” під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, в тому числі щодо кола своїх можливостей, гарантованих законодавством;
- недостатнє матеріально-технічне забезпечення пологових стаціонарів, що перешкоджає запровадженню сучасних акушерських технологій, у тому числі тих, які стосуються партнерських пологів.

З правової точки зору, найбільш цікавим видається питання дотримання прав пацієнтів при проведенні пологів, у тому числі із застосуванням інноваційних технологій. За даними ВООЗ, вирішення будь-якої проблеми у сфері охорони здоров'я на 70% залежить від поінформованості населення. На забезпечення цього напряму роботи 2006 р. МОЗ України створило службу планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я, на яку покладено обов'язки, зокрема, і щодо підготовки сімейної пари до відповідального батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері, консультування з питань сімейного життя, лікування безплідності, статевого виховання тощо.

Отже, належне правопросвітництво є одним із заходів, спрямованих на подолання проблем, які пов'язані із репродуктивним здоров'ям.

Проаналізувавши чинне національне законодавство у царині охорони здоров'я, можна викристалізувати права пацієнток при пологах, зокрема й партнерських. У своїй сукупності вони становлять своєрідну пам'ятку вагітним, породіллям і членам їхніх сімей, що включає такі законодавчі постулати:

1. Медичне втручання (будь-які методи профілактики, діагностики і лікування, пов'язані із впливом на організм людини) здійснюється лише за отримання інформованої, добровільної згоди пацієнта на таке втручання (*ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я*), окрім невідкладних випадків, коли є реальна загроза життю хворого (*ч. 2 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я*).

2. Надання медичної допомоги фізичній особі, що досягла 14 років, провадиться за її згодою. Щодо пацієнтів віком до 14 років медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників (батьки, опікуни) (*ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я*).

3. Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності й усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитись від лікування (*ч. 4 ст. 284 Цивільного кодексу України, ч. 4 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я*).

4. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного (*ч. 2 ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 2 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я*).

5. Ранній післяпологовий період передбачає нагляд за загальним станом породіллі, скороченням матки та характером виділень із пологових шляхів протягом 2 годин у пологовій залі та протягом 2 годин у післяпологовій палаті кожні 15 хвилин (*п. 3 Додатка 7 Наказу МОЗ України "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні" від 29.12.2003 № 620*).

6. Після народження дитини дії медичного персоналу спрямовуються на зменшення ймовірності розвитку гіпотермії у новонародженого (дотримання принципу "теплового ланцюжка") та збереження психофізіологічної єдності матері і дитини (викладання дитини на живіт матері, контакт "шкіра до шкіри", ранне прикладання до грудей, спільне їх перебування) (*п. 2.15 Наказу МОЗ України "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні" від 29.12.2003 № 620*).

Новонародженого приймають у продезінфікований, зігрітий і вкритий стерильною пелюшкою маркірований лоток. За відсутності протипоказань його необхідно викласти на живіт матері «шкіра до шкіри» після перев'язування пуповини. Контакт «шкіра до шкіри» триває не менш 30 хвилин. Після цього дитину необхідно прикрити або частково загорнути в пелюшку, зберігаючи контакт з матір'ю (п. 4.4.17 Наказу МОЗ України «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)» від 10 лютого 2003 року № 59).

7. Виписка матері та дитини з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів, післяпологового періоду та періоду постнатальної адаптації здійснюється на 4–5-ту добу після пологів (2.16). Перше патронажне відвідування дитини вдома здійснює дільничний лікар-педіатр протягом перших 3 діб після виписки з наступними патронажами дільничної медичної сестри (2.19). Післяпологовий патронаж здійснює дільничний лікар—акушер-гінеколог у перші 7 діб після виписки породіллі з пологового будинку (відділення) з метою попередження або ранньої діагностики післяпологових ускладнень і захворювань новонароджених (2.20) (Наказ МОЗ України «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» від 29.12.2003 № 620).

8. Медичні працівники забезпечують раннє прикладання дитини до грудей протягом перших 30 хвилин після пологів (за відсутності протипоказань). Матерям, які народили немовлят шляхом операції кесаревого розтину, медичний персонал забезпечує допомогу з моменту можливості початку грудного вигодовування (п. 3.4 Наказу МОЗ України «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» від 29.12.2003 № 620). Новонародженим, які знаходяться на грудному вигодовуванні, не застосовують заспокійливі засоби та пристрої, що імітують материнську грудь (соски, пустушки). У родопомічному закладі (відділенні) не можна рекламувати продукцію, що замінює грудне вигодовування (молочні суміші та засоби, що імітують груди матері) (п. 3.9 Наказу МОЗ України «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» від 29.12.2003 № 620). Материнське молоко — це «золотий стандарт» у перші дні та місяці життя як для доношених, так і для дітей, які народились передчасно.

9. Медичний персонал акушерського стаціонару дозволяє присутність не більше 2 партнерів (чоловік, члени родини, близькі) на пологах, відповідно до порядку, затвердженого головним лікарем ЗОЗ, а також з урахуванням бажання роділлі. Додаткове медичне обстеження родичів не проводиться. Присутність членів родини, хворих на туберкульоз, або з гострими проявами інфекційного захворювання в акушерському стаціонарі не допускається. Особи, присутні при пологах, повинні бути в чистому домашньому одязі та змінному взутті (п. 2.6 Наказу МОЗ України «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах» від 10.05.2007 № 234).

10. Дитину до грудей матері необхідно прикладати на «вимогу» дитини з метою профілактики лактостазу у породіллі. При виникненні лакто-

стазу зціджування молока проводить акушерка або медична сестра із дотриманням правил асептики (п. 4.4.10 Наказу МОЗ України “Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)” від 10 лютого 2003 року № 59).

11. Фізіологічне післяпологове відділення створюється як відділення спільного перебування матері та дитини (п. 4.4.3 Наказу МОЗ України “Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)” від 10 лютого 2003 року № 59).

12. Новонароджену дитину одразу після народження лікар—акушер-гінеколог або акушерка повинні показати матері та особам, які супроводжують породілля в пологах (п. 2.12 Наказу МОЗ України “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” від 29.12.2003 № 620).

13. Мати новонародженого, який перебуває на лікуванні у відділенні новонароджених, може за бажанням відвідувати його, отримувати інформацію про перебіг захворювання (п. 7.14 Наказу МОЗ України “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” від 29.12.2003 № 620).

14. Під час пологів необхідно дотримуватись принципів конфіденційності: в пологовому залі повинна перебувати лише одна породілля та члени її родини (за бажанням), завданням яких є психологічна підтримка породіллі, а також медичний персонал, що безпосередньо веде пологи. Жінці забезпечується право обрати людину для психологічної підтримки в пологах та повага медичного персоналу до її вибору (п. 1 Додатка 2 Наказу МОЗ України “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” від 29.12.2003 № 620).

Як зазначено в Концепції, неоправної шкоди загальному стану здоров'я жінки завдає *штучне переривання вагітності*, що впливає на фертильність і перебіг наступної вагітності та пологів. Штучне переривання вагітності і пов'язані з ним ускладнення призводять до смерті майже кожної десятої жінки. Незважаючи на тенденцію до зниження, рівень штучного переривання вагітності в Україні залишається дуже високим і становить 21,1 на 1000 жінок дітородного віку, або 45,8 на 100 вагітностей.

Українське законодавство в цьому контексті за останні роки зазнало позитивних змін. Відповідно до ч. 6 ст. 281 Цивільного кодексу України та ч. 1 ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я, штучне переривання вагітності може здійснюватись за бажанням жінки, якщо строк вагітності не перевищує 12 тижнів. Аборт може бути проведений і при вагітності від 12 до 22 тижнів, але за чітко визначених нормативних підстав. Перелік таких підстав міститься в Постанові Кабінету Міністрів України “Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України” від 15 лютого 2006 р. Ці підстави можна поділити на: 1) медичні, до яких належать певні групи захворювань з конкретними нозологіями (наприклад, новоутворення (будь-якої локалізації), розлади психіки і поведінки (шизофренія, хронічні маячні розлади тощо) та інші); 2) соціальні, які включають: а) вік вагітної (менше як 15 років, більше як 45 років); б) вагітність внаслідок згвалтування; в) настання інвалідності під час вагітності.

За незаконне проведення абортів ст. 134 Кримінального кодексу України передбачено кримінальну відповідальність. Незаконним проведенням визнано:

1. Проведення абортів особою, яка не має спеціальної медичної освіти, а саме: а) лікарі, тобто особи, які отримали вищу медичну освіту, однак не мають спеціальної медичної підготовки і за характером своєї професійної діяльності не уповноважені на проведення операцій штучного переривання вагітності; б) особи середнього медичного персоналу; в) студенти медичних навчальних закладів; г) особи, які не мають жодного відношення до медицини [1, с. 290].

2. Проведення абортів незаконне, якщо воно: а) спричинило тривалий розлад здоров'я, тобто розлад здоров'я понад 3 тижні (більш як 21 день) (п. 2.2.2 Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджених Наказом МОЗ України від 17.01.1995 № 6); б) безплідність (встановлюється судово-медичною експертизою); в) смерть потерпілої.

Відповідно до Наказу МОЗ України “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” № 620 від 29.12.2003 (додаток № 2 “Вимоги до етики та деонтології в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці”), вагітність переривається за поінформованої згоди. Штучне переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників (ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, п. 1.7 Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом МОЗ України від 20.07.2006 № 508). Штучне переривання вагітності у пацієнтки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою (ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України, ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, п. 1.7. Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом МОЗ України від 20.07.2006 № 508).

Особливо цікавим з юридичної точки зору документом є Пам'ятка пацієнтці щодо штучного переривання вагітності (додаток № 2 до п. 1.6. Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом МОЗ України від 20.07.2006 № 508). У ньому в концентрованій формі відображено норми, які максимально повно розкривають права пацієнток цієї категорії, зокрема право на медичну інформацію, право на згоду на медичне втручання. Некоректним є положення Пам'ятки, у якому вказано, що Україна ратифікувала Всесвітню конвенцію про права дитини, однією з вимог якої є право на життя майбутньої дитини. Питання про зачаття внутрішньоутробне життя, право ембріона чи плода на життя, як відомо, залишається предметом дискусій не одного десятиліття і різної законодавчої регламентації у державах, що залежить від багатьох чинників (зокрема, національних традицій і звичаїв, культури, правової свідомості).

Норма ч. 1 ст. 6 Конвенції ООН про права дитини (1989, ратифікована Україною у 1991) (далі — Конвенція) закріплює невід'ємне право кожної дитини на життя. А відповідно до ст. 1 Конвенції, дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку. Конституція України (ч. 1 ст. 27), як

і Цивільний кодекс України (ч. 1 ст. 281), гарантують кожній людині невід'ємне право на життя.

Згідно з ч. 2 ст. 25 Цивільного кодексу України, цивільна правоздатність фізичної особи виникає у момент її народження. А у випадках, встановлених законом, охороняються інтереси зачатої, але ще не народженої дитини. Отже, нормотворці тлумачать Конвенцію нечітко, оскільки як міжнародний стандарт, так і вітчизняне законодавство право на життя пов'язують з людиною, а точкою відліку для набуття права визначають момент народження. Відповідно реалізовувати свої права може лише жива людина, тому очевидно, що саме момент живонародження є моментом набуття людиною правоздатності. Не є правоздатним плід, який народився мертвим, що закріплено в п. 4 ст. 25 Цивільного кодексу України.

Сьогодні критерії живонародження чітко законодавчо закріплені в Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, затвердженій Наказом МОЗ України № 179 від 29.03.2006 р. Згідно з цим нормативно-правовим актом, під *живонародженням* розуміється вигнання або вилучення з організму матері плода, який після вигнання/вилучення (незалежно від тривалості вагітності, від того, чи перерізана пуповина і чи відшарувалась плацента) дихає або має будь-які інші ознаки життя, такі як серцебиття, пульсація судин пуповини, певні рухи скелетних м'язів. *Мертвонародження* — це вигнання або вилучення з організму матері плода з 22-го повного тижня вагітності (з 154-ї доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) або масою 500 г та більше, який не дихає та не виявляє будь-яких інших ознак життя, таких як серцебиття, пульсація судин пуповини або певні рухи скелетних м'язів.

Як впливає з нормативно-правового акту, лише діти, які народилися у терміни вагітності більші за 22 тижні, вважаються за наявності ознак життя живонародженими та підлягають виходжуванню. Законодавчий акт встановлює також, що таким, який народився живим, є новонароджений, у якого наявна хоча б одна з таких ознак: а) дихання; б) серцебиття; в) пульсація судин пуповини; г) рухи скелетних м'язів. За відсутності усіх (не будь-якої!) вказаних ознак новонароджений вважається мертвим.

Окрім цього, доречно проаналізувати практику Європейського Суду з прав людини щодо дотримання ст. 2 ("Право на життя") Європейської конвенції про захист прав людини та основоположних свобод (1950) (далі — Європейська конвенція), ратифікованої Україною 17 липня 1997 р. Цікавим та ілюстративним у контексті викладеного є Рішення Європейського Суду з прав людини "Во проти Франції" (2004). У ньому Суд дійшов висновку, що питання про те, з якого моменту виникає право людини на життя, повинно вирішуватись на національному рівні, оскільки, по-перше, у більшості з тих держав, котрі ратифікували Конвенцію, 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 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 вимагають його захисту в ім'я людської гідності, однак це не вимагає розглядати його як людину, котрій належить право на життя у сенсі ст. 2 Європейської конвенції [2], неможливості за такого стану справ вирішити абстрактно питання про те, чи можна вважати ненароджену дитину людиною у сенсі ст. 2 Європейської конвенції.

Ця ж позиція Суду підтримана й у Рішенні в справі “Еванс проти Сполученого Королівства” (2006). Заявниця скаржилась, що вимога згоди батька на продовження зберігання та імплантацію запліднених яйцеклітин порушувала, зокрема, право ембріона на життя відповідно до ст. 2 Конвенції. Суд також висловив своє переконання у небажаності та, зрештою, неможливості за існуючого стану справ вирішити абстрактно питання про те, чи можна вважати ненароджену дитину людиною у сенсі ст. 2 Європейської конвенції. Суд підкреслив, що питання про те, коли виникає право на життя у людської істоти, входить до сфери оцінювання держави. Відповідно до законодавства Сполученого Королівства, ембріон не має незалежних прав чи інтересів і не може претендувати — як і від його імені ніхто не може претендувати — на те, аби мати право на життя відповідно до ст. 2 Конвенції. Отже, Суд вважає, що порушення ст. 2 не було [3].

Проаналізовані питання — лише незначна частка проблем галузі репродуктивного здоров'я у нашій державі. Лише комплексний підхід до реформування, починаючи від змін у правовій свідомості та культурі і завершуючи оновленням і удосконаленням нормативно-правової бази, сприятиме позитивним зрушенням у цій сфері.

1. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. — 3-тє вид., перероб. і доп. / За ред. М.І. Мельника, М.І. Хавронюка. — К.: Атіка, 2003. — 1056 с.
2. Європейський Суд з прав людини: Матеріали практики (2004–2005 рр.). Праці Львівської лабораторії прав людини і громадянина Науково-дослідного інституту державного будівництва та місцевого самоврядування Академії правових наук України. — Серія II. Коментарі прав і законодавства. Вип. 6. — Львів, 2006. — 440 с.
3. Європейський Суд з прав людини: Матеріали практики (2005–2006 рр.). Праці Львівської лабораторії прав людини і громадянина Науково-дослідного інституту державного будівництва та місцевого самоврядування Академії правових наук України. — Серія II. Коментарі прав і законодавства. Вип. 7. — К.: Фенікс, 2007. — 272 с.

I. СЕНЮТА

Правовое обеспечение репродуктивного здоровья в Украине: некоторые аспекты

В статье раскрыты недостатки сферы репродуктивного здоровья, внимание сосредоточено на одной из ключевых проблем этой сферы — абортах, а также проанализировано одно из мероприятий, направленное на оптимизацию национальных задач в исследованной сфере, партнерские роды как элемент ответственного отцовства. Составлена памятка для пациенток при беременности, родах и в послеродовой период, включающая перечень прав, гарантированных им действующим законодательством. Проанализированы международно-правовые акты и украинское законодательство в отрасли здравоохранения, а также практика Европейского Суда по правам человека по этой проблематики.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, искусственное прерывание беременности, партнерские роды, законодательство в отрасли здравоохранения.

I.SENYUTA

Legal providing of genesial health in Ukraine: some aspects.

The lacks of sphere of genesial health are examined in the article, an attention was concentrated on the one of key problems of this sphere — the abortions, and also there is an analysis of the one of measures that directed on the optimization of the national tasks of the probed sphere — the partner births as the element of the responsible paternity. The booklets were made for patients at pregnancies, births and in the aftermaternity period, that includes the list of rights, assured them by a current legislation. There were analyzed international-legal acts and Ukrainian legislation in health protection sphere in the article, and also the practice of the European Court in human rights in this sphere.

Key words: genesial health, artificial breakings of pregnancy, partner births, legislation in health protection sphere.