

6. Кириленко О.П. Місцеві фінанси / Кириленко О.П. – К.: Знання, 2006. – 677 с
7. Мельник С.І. Бюджетний процес і міжбюджетні відносини на рівні місцевих бюджетів району / Мельник С.І. – К.: Міленіум. - 2003. – 266 с.

УДК 347:61(100) «1914»

ГЕНЕЗИС ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ДОПУСК ДО МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ДЕЯКИХ КРАЇНАХ СВІТУ ДО 1914 РОКУ

Літінська Я.Г., аспірант

Запорізький національний університет

У статті досліджені загальні тенденції становлення інституту допуску до медичної діяльності в деяких країнах Стародавнього світу, проаналізований генезис інституту допуску до медичної діяльності (ліцензування) в країнах англосаксонської правової сім'ї (Англії, США) до 1914 року, здійснено дослідження генезису інституту допуску до медичної діяльності (атестації) на території Росії до 1914 року, зроблено висновки стосовно впливу законодавства про допуск до медичної діяльності в Російській Імперії та країнах англосаксонської правової сім'ї на інститут допуску до медичної діяльності в сучасній Україні.

Ключові слова: генезис, допуск до медичної діяльності, ліцензування, атестація, система органів управління охороною здоров'я, контроль, англосаксонська правова сім'я, Російська Імперія.

Литинская Я.Г. ГЕНЕЗИС ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ДОПУСКЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ МИРА ДО 1914 ГОДА / Запорожский национальный университет, Украина

В статье исследованы общие тенденции становления института допуска к медицинской деятельности в некоторых странах Древнего мира, проанализирован генезис института допуска к медицинской деятельности (лицензирование) в странах англосаксонской правовой семьи (Англии, США) до 1914 года, исследована генезис института допуска к медицинской деятельности (аттестации) на территории России до 1914 года, сделаны выводы относительно влияния законодательства о допуске к медицинской деятельности в Российской Империи и странах англосаксонской правовой семьи на институт допуска к медицинской деятельности в современной Украине.

Ключевые слова: генезис, допуск к медицинской деятельности, лицензирование, аттестация, система органов управления охраной здоровья, контроль, англосаксонская правовая семья, Российская Империя.

Litinska Y.G. GENESIS OF THE LEGASLATION ON ADMISSION TO THE MEDICAL ACTIVITY IN SOME COUNTRIES TO 1914 / Zaporizhzhya national university, Ukraine

In the general tendencies of the formation of the institution of access to medical practice were investigated, genesis of the institution about access to medical practice (licensure) in common law (England, USA) till 1914 was analyzed, genesis of the institution about access to medical practice (certification) in Russian Empire was investigated, assumptions about impact of the legislation about access to medical practice in Russian Empire and Common law commonwealth on the institution of access to medical practice in modern Ukraine were made.

Key words: genesis, access to medical practice, licensure, certification, system of health care governance, control, common law, Russian Empire.

Будь-яка держава світу завжди повинна переслідувати мету захисту національної безпеки. Не виключенням із зазначеної тенденції має бути і Україна. У відповідності до ст.8 Закону України „Про основи національної безпеки України”, загрозою національної безпеки та національним інтересам була визнана криза системи охорони здоров'я і соціального захисту і, як наслідок, погіршення стану здоров'я населення.

Однією з важливих складових організації системи охорони здоров'я є інститут допуску до медичної діяльності. Ефективне правове регулювання зазначеного інституту повинно уберегти населення країни від некваліфікованої медичної допомоги. Сьогодні проблеми правового регулювання допуску до медичної діяльності актуалізуються, зокрема, у зв'язку із законопроектною роботою, пов'язаною із визначенням шляхів законодавчого врегулювання адміністративних послуг, внесенням змін до законодавства щодо питань ліцензування, розглядом проекту Медичного кодексу України, закону “Про лікарське самоврядування”, проекту постанови КМУ від 19.10.2009 року „Про внесення змін до переліку органів ліцензування”.

При прийнятті нових нормативно-правових актів необхідним є вивчення досвіду зарубіжних країн, оскільки це може сконцентрувати увагу нормотворця на проблемах, з якими зіткнулися інші держави, на ефективності регулювання у вже діючій системі, а також розширити бачення щодо можливих моделей майбутньої системи охорони здоров'я України. Однак запозичення досвіду є неідеальним без вивчення історичного підґрунтя, у якому розвивалися норми права зарубіжних держав. У зв'язку із цим надзвичайно важливим є дослідження генези законодавства про допуск до медичної діяльності в інших країнах світу.

Актуальним вбачається дослідження генезису законодавства про допуск до медичної діяльності на території Росії та деяких країн англосаксонської правової сім'ї, зокрема, Англії та США, що обумовлено лідуючим положенням та прогресивним законодавством зазначених країн. Крім того, проект закону "Про лікарське самоврядування" пропонує модель, за якою саме недержавна організація, уповноважена державою (Всеукраїнське лікарське товариство), буде здійснювати допуск осіб до медичної діяльності. Зазначена модель правового регулювання сформувалася саме в Англії та США. Сучасне законодавство України про допуск до медичної діяльності формувалося з часів та в складі Російської Імперії. Порівняльний аналіз необхідно робити в межах періоду, коли держави мали приблизно однаковий ступінь соціально-економічного розвитку.

Генезис законодавства щодо медичної діяльності на теренах Росії (частково і України, як території Імперії та СРСР) була достатньо повно розглянута в дисертаційному дослідженні С.Г. Стеценка «Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (Исторический и теоретико-правовой анализ)». Історії законодавства про медицину також присвячені і інші роботи цього автора, у тому числі у співавторстві: підрозділ підручника „Медичне право України” за загальною редакцією С.Г. Стеценка, стаття В.П. Сальникова, С.Г. Стеценка „Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы”. Не менш цікавим та важливим є дисертаційне дослідження російського вченого-правознавця О.М. Піщіти „Исторический опыт, современное состояние и перспективы правового обеспечения здравоохранения в России”, в якому автор також розглядає законодавство у сфері допуску до медичної діяльності на території Росії в різні періоди її існування. Варто також виділити статтю І.М. Круковської „Соціально-економічні та політичні передумови становлення медичної освіти на Волині (1781 – 1840 рр.)”, у якій наводяться деякі аспекти будови адміністративних органів у сфері медицини на території України. Історико-правовий аналіз нормативних актів у сфері медицини на території Росії та України, як її складової частини, також був зроблений у роботах Л.І. Дембо, К.І. Караваєвої, С.М. Марчукової, Я.Ф. Радиша, М.Соколовського, С.М.Швидкого та інших. Як вбачається, дослідження та порівняння історії правового регулювання допуску до медичної діяльності в інших провідних країнах світу (особливо, в інших правових системах), науковцями-правознавцями України та Росії майже не проводилося, що обумовлює інтерес до цієї тематики.

У зв'язку з цим, метою цієї роботи є дослідження генезису законодавства про допуск до медичної діяльності медичних працівників у Росії та країнах англосаксонської правової сім'ї до 1914 року. У відповідності до поставленої мети необхідним є вирішення наступних завдань:

- проаналізувати загальні тенденції становлення інституту допуску до медичної діяльності в провідних країнах Стародавнього світу;
- дослідити генезис інституту допуску до медичної діяльності (ліцензування) в країнах англосаксонської правової сім'ї до 1914 року;
- дослідити генезис інституту допуску до медичної діяльності (атестації) в Російській Імперії до 1914 року;
- проаналізувати вплив законодавства про допуск до медичної діяльності в Російській Імперії та країн англосаксонської правової сім'ї на інститут допуску до медичної діяльності в сучасній Україні.

Історики зазначають, що рабовласницьке суспільство у своєму ранньому періоді розглядало діяльність лікарів як дію надприродних явищ. У зв'язку з цим, у біблійних народів медичну діяльність дозволялось здійснювати переважно жерцям [1, 8]. Недосконалість знань

сприймалася як умисел жерця, тому поширеними залишалися такі види кар, як смертна кара та відрубання кінцівок, вигнання.

Одна з найдавніших правових пам'яток, що регулює допуск до медичної діяльності, є Закони Ману. Процес лікування там визначався терміном *sikitsita*. До лікарської діяльності допускалися згідно з Законами Ману амбаштхи (син брахмана та вайшийки) (п.47) [2]. При тлумаченні цієї правової норми в деяких джерелах зазначається, що медичною діяльністю спочатку цікавилися тільки браміні (або брахмани), при цьому в них ця діяльність здійснювалася за принципом безкорисливості. Потім до медицини стали мати допуск тільки представники касты вайший, які вже вимагали плату за надані послуги. Вони вважалися професійними лікарями [3].

У Стародавньому Єгипті професія лікаря передавалася тільки від батька до сина, однак вже у V сторіччі до нашої ери право навчання лікарської діяльності при храмах мали всі особи чоловічої статі, у тому числі іноземці, що могли внести плату за навчання. Приходячи до школи, чоловіки мали бути достатньо грамотними для навчання медицини [3]. Відомі також і інші елементи правового регулювання допуску до медичної діяльності, зокрема, укладення клятвеного договору в Стародавньому Китаї, Єгипті, Індії.

У Стародавній Греції професійна діяльність міського лікаря здійснювалася на виборних засадах – суспільні лікарі, які завідували міськими амбулаторіями, обиралися на народних зборах після проходження спеціального кваліфікаційного екзамену [4].

При дворі імператора, у провінціях та містах Римської Імперії несли службу архіатори – головні лікарі. Архіатори об'єднувалися в колегії та знаходилися під контролем місцевої влади та центрального уряду, які слідкували за їх виборами та призначенням. Голова міських архіаторів мав здійснювати викладання медицини в спеціальних школах, які існували до VII сторіччя) [3]. Допуск до лікарської діяльності архіаторів знаходився під суворим контролем та був схожий на екзамен, після якого лікар набував звання „Лікар, затверджений державою”(«*Medicus a Republica probatus*») [1, 14].

В епоху Раннього Середньовіччя роль церкви значно зросла. Саме церква встановлювала правила лікування. Хвороба розглядалася саме як кара за вчинені діяння, а зцілення як знак того, що людина прощена Богом. Випадки невдалого лікування сприймалися суспільством, найчастіше, як кара за гріхи. Ця кара походила не від лікаря, тому претензії до лікаря в Ранньому Середньовіччі майже не пред'являлися. У зв'язку з цим авторитет до професії лікаря був високим. Гріх проти лікаря прирівнювався до гріха проти Бога.

Хірургія в середні віки не вважалася медичною професією. Бакалаври медицини давали обіцянку, що не будуть проводити операції. Хірургією переважно займалися банщики-цирульники, які робили ампутації, кровопускання, вправляли суглоби. Вважається, що циркульники – слуги монахів, які спочатку здійснювали перукарські функції. Пізніше ж, коли церква заборонила монахам здійснювати хірургічні операції, ці функції і були передані циркульникам монахів, які у зв'язку з навиками поводитися із лезом і шкірою, достатньо вдало здійснювали хірургічні функції. Згодом зазначена практика поширилася за межі монастирів [5, 615]. Оскільки хірургія вважалася ремісництвом, хірургам дозволялося формувати власні гільдії. Гільдії мали право самоврядування та встановлювали суворі стандарти щодо власної діяльності. Для того, щоб здійснювати хірургічну практику, хірурги повинні були відповідати вимогам, що встановлювалися гільдією. На відміну від хірургів, лікарям не дозволялось організувати такі гільдії. У зв'язку з цим вони змушені були організувати медичні факультети в університетах. Школа в Салерно стала першим таким університетом, уповноваженим на здійснення регуляторних функцій в 1140 році при королі Нормандії Роджері [6, 36].

Окрім церковного впливу на процес надання медичної допомоги, намагалися впливати й інші професійні організації. Наприклад, у XIII сторіччі лікарі Королівської колегії лікарів Англії запропонували заборонити проводити консультації хворих без їх обслідування на підставі лише вигляду сечі.

Статус «вченого лікаря» в Середньовіччі набувався також відповідно до встановленої процедури, необхідними елементами якої було закінчення університету або медичної школи та прийняття присяги.

Перше правове регулювання допуску до медичної діяльності в Середньовіччі з метою контролю було започатковано у XII сторіччі. В 1140 році Король Роджер Нормандський постановив, що лікарі мають надати докази своєї компетентності до того, як їм буде надана можливість здійснення медичної діяльності [7]. Ці лікарі повинні були бути проеккзаменовані до того, як їм буде дозволено публічно пропонувати свої послуги. Суворі вимоги до професії розкриваються і в актах Імператора Священної Римської Імперії Фрідріха II Гогенштауфена, виданих в 1231-1240 роках. Для здійснення медичної діяльності лікарю видавалися дозволи-ліцензії. Видачу цих ліцензій здійснював Імператор та його представники на місцях. Запроваджена була і сувора відповідальність за здійснення діяльності без дозволу. Лікарі повинні були поновлювати свою ліцензію в разі переїзду в іншу місцевість. Для переліцензування лікарю необхідно було подати до місцевого університету свій диплом, і тільки в разі його прийняття він міг здійснювати практичну діяльність [6, 36-38].

В 1421 році король Англії Генрих V отримав петицію від лікарів, у якій останні заявляли, що некваліфікованим фахівцям повинно бути заборонено здійснення практики. Дана петиція була в цілому прийнятою, але на той час були фактично відсутні кваліфіковані лікарі, а механізм контролю за їх діяльністю був не розроблений і незрозумілий. Через два роки після цієї події до петиції приєдналися і хірурги. Була запропонована схема, відповідно до якої, контроль за медичною практикою в місті Лондон здійснювався мером міста та ольдерменом (членом міської ради). Після зазначеного був створений перший Комітет (Comminalte), який повністю складався із офіцерів. Дані королівської колегії лікарів Англії свідчать, що ніхто в місті Лондон не міг практикувати медицину або хірургію до тих пір, поки не отримував допуск від цієї організації. Більш того, будь-який лікар, який мав пацієнта, чия хвороба могла б мати фатальний наслідок, зобов'язаний був звернутися до офіцерів Комітету за порадою про належне лікування. Але цей комітет проіснував лише вісімнадцять місяців, після чого з невідомих причин припинив свою діяльність [8, 10].

На початку XVI сторіччя правове регулювання медичної практики в Англії посилювалося. В 1511 році Генріх VIII видає Лікарський та хірургічний Акт (Physicians and Surgeons Act), відповідно до якого була обмежена медична практика тих осіб, які не склали спеціальний кваліфікаційний іспит. Ліцензії на медичну та хірургічну діяльність мали право видавати священнослужителі – Єпископ Лондонський та Декан Святого Петра (Bishop of London and the Dean of St Paul's). У 1518 році був заснований Королівський Коледж лікарів Лондона з метою нагляду за медичною практикою в семимильному радіусі від Лондона та ліцензування визнаних цією організацією лікарів. Пізніше до цієї організації приєдналася Шотландія. Таким чином, в Англії та Шотландії і був фактично започаткований принцип, що за медичну діяльність лікарів відповідальна медична спільнота, яка надала ліцензію на медичну практику, а не конкретна медична школа. У Лондоні ліцензували медичну практику Кембріджський та Оксфордський університети. Починаючи з 1556 року, Королівський Коледж видавав ліцензії на медичну практику і в Лондоні. Зазначеним фактом були надзвичайно незадоволені священнослужителі, з приводу чого вони подали скаргу, через яку право на ліцензування хірургів залишилося за священнослужителями аж до 1715 року (за іншими даними, 1725 року, повноваження передані Об'єднаній компанії цирульників-хірургів). У подальшому право на ліцензування медичної практики було передане Королівській колегії лікарів.

Цікаво також з'ясувати процедуру ліцензування в Оксфорді чи Кембріджі: особа, зазвичай, отримувала ліцензію на медичну практику або хірургію після одержання ступеню в галузі гуманітарних наук, без необхідності отримання ступеню бакалавра в медицині, але за рекомендацією королівського професора. Видавалося дві різні ліцензії: на медичну практику та практику в сфері хірургії. В 1636 році був виданий Архієпископський гімн (Archbishop Laud), після якого правове регулювання цієї процедури істотно змінилося. Ліцензіат повинен був отримати ступінь магістра в галузі гуманітарних наук, після чого повинен був стати Бакалавром Медицини, і тільки тоді міг добиватися отримання ліцензії. Королівський професор та всі Доктори Медицини Університету повинні були надати своє погодження кандидату. Ліцензія надавала ліцензіату право практикувати в будь-якій частині Англії, але знання, які були

отримані протягом навчання були виключно теоретичними. Оскільки навчання було настільки тривалим, то невелика кількість людей врешті закінчувала медичні факультети [9].

Однак деякі сучасні дослідження історії медицини у Великій Британії свідчать, що тогочасне ліцензування являло собою формальну вимогу, яка зовсім не завжди виконувалася. Багато лікарів та хірургів у таких округах, як Кентербері, мали «ліцензію», яка трималася тільки на довірі місцевого населення. Система ліцензування була недостатньою, і вона була лише одним із місцевих заходів медичного контролю. Відсутність ліцензії могла бути використана як засіб впливу та управління лікарем, які впали в немилість місцевій владі або з метою видворення цього лікаря з конкретної місцевості. Дослідження Йана Молтімера показують, що рівень довіри до неліцензованих практиків залишався відносно високим [10].

Дані ж Королівської колегії лікарів свідчать про наявність достатньо великих штрафних санкцій та інших заходів, включаючи ув'язнення за невиконання вимог щодо наявності ліцензій у практикуючих лікарів. Зазначені норми здобули своє вираження і в судових процесах, у яких Королівська колегія лікарів зверталася з позовом до таких практиків [8, 29].

Наприкінці XVII сторіччя в більшості міст Британії були затверджені нормативно-правові акти, відповідно до яких голови та начальники хірургів-цирульників повинні були проводити щоквартальні зустрічі в громадсько-зручних місцях, обговорення та консультації з питань секретів їх ремесла. Зазначені історичні дані свідчать про те, що в XVII сторіччі вже існували певні форми контролю за якістю медичної допомоги, як на рівні Об'єднаної компанії циркульників-хірургів (внутрішній контроль), так і на рівні Мера та суду Ольдермена (зовнішній контроль). Мер та Рада міста, наприклад, часто запрошували офіцерів об'єднаної компанії циркульників-хірургів та інших хірургів здійснити прийняття екзамену або допит у тих хірургів, які провадили практику або хотіли її провадити, у тому числі коли на даного хірурга надходили скарги. Зважаючи на значний авторитет Об'єднаної компанії, до надання їм права на ліцензування хірургічної практики, їх уповноважено надавати рекомендації Меру і Раді щодо практики в межах міста. Що стосується навчання цієї спеціальності, то воно було нормативно врегульовано в кожному конкретному місті. Чоловік повинен був здійснювати навчання від трьох до семи років залежно від міста. Протягом цього періоду учень жив у будинку свого вчителя та асистував йому. Вчитель мав бути Почесним громадянином [5, 616-617].

Правове регулювання ліцензування в Англії, як не дивно, не мало свого відображення в колоніях, англійським парламентом не було прийнято жодного акта щодо регулювання медичної діяльності в колоніях. В 1760 році в Нью-Йорку був виданий перший на території Штатів Закон про медичне ліцензування (Medical licensing Act), який започаткував обов'язкові іспити для медиків. До 1830 року майже всі штати мали власне законодавство щодо обов'язкового ліцензування медичної практики. Однак за час правління Президента Джексона, ліцензування як явище, що обмежує свободу дій та демократію, почало втрачати підтримку. В доповнення до цього спостерігалось зростання медичних шкіл у США та відміна процедури ліцензування штатами, у зв'язку з тим, що школи видавали дипломи, які сприймалися як ліцензії на медичну практику. Більшість людей лікувалися вдома за допомогою великої кількості різних «лікарів», у тому числі травників. У 1861 році не було жодного штату, де б провадилося ліцензування медичної діяльності.

Після громадянської війни штати почали вирішувати питання щодо медичної освіти та ліцензування медичної практики. У 1873 році в Техасі був виданий перший сучасний Закон про медичну практику. У 1889 р. Верховним Судом США був визнано, що Закон Штату Вірджинія „Про медичну практику” 1881 року є легітимним застосуванням поліцейської влади держави. До 1912 року абсолютно всі штати Америки мали процедуру ліцензування медичної діяльності. Після 1900 року діяльність щодо ліцензування медицини активізувалася в Американській Медичній Асоціації. В 1916 році Палатою Представників було прийнято доповідь Американської медичної Асоціації та була затверджена Національна Палата Медичних Екзаменаторів [11, 424].

В англосаксонській правовій сім'ї ліцензування стало дієвим та здобуло широкого застосування лише в XIX сторіччі, з утворенням ефективних національних та державних організацій, які наполягали на необхідності ліцензування, стверджуючи, що ліцензування служить інтересам громадськості для того, щоб уберегти її від низькоякісних фахівців [10, 5].

Цікаво також навести деякі дані щодо запровадження цієї процедури в Європі: у 1725 році Пруссія стала першою країною, яка ввела спеціальний курс щодо придатності до отримання медичної ліцензії, але іспити приймалися державним відділом охорони здоров'я. Кандидати мали проходити два екзамени: один – від університету, другий – від держави. Однак, після об'єднання Пруссії з Німеччиною, відповідальними за ліцензування лікарів знову стали університети. В 1869 році був виданий закон, відповідно до якого використання звання „лікар” дозволялося тільки за умови отримання ліцензії, але всім іншим особам, які її не мали, дозволялося провадити медичну практику. В Австрії, до складу якої входила частина українських земель, були поєднані досвід Пруссії та Германії – уряд контролював екзамени, які проводилися університетами [6].

Щодо розвитку інституту допуску до медичної діяльності на території Росії, зазначимо, що із часів Руської правди та Церковного статуту Володимира до моменту заснування Аптекарського приказу, не відомі інші пам'ятки права, які б регулювали правовідносини в сфері медицини. У свою чергу, положення Церковного статуту та Руської правди не відображають існування такого інституту, як допуск до медичної діяльності. Зазначається, що відмінною рисою цього періоду є посилення ролі князя та зменшення впливу церкви, яка раніше більшою мірою регламентувала лікарську діяльність. Положення медичного працівника цілком залежало від волі правителів та їх ставлення до медичної діяльності, яке постійно змінювалося. Історія цього періоду надає багато прикладів ставлення до лікаря як до чудодійника: Антон Німчина, Леона Жидовіна, Іван Лукомля, Матвій Лукомських при Іоанні III були страчені за розпорядженням царя [3; 1, 23].

У XV – XVI сторіччі знову з'являються елементи правового регулювання в сфері охорони здоров'я, у першу чергу пов'язані із заснуванням 1581 року Аптекарського приказу. Першим свідченням допуску до медичної діяльності медиків російською владою описаний Н.М. Карамзіним, в 1601 році англійський посол Річард Лі звернувся до царя з проханням видати докторський диплом угорському медику, що прибув до Москви. Для характеристики зазначеного правового періоду зазначимо, що в XVI сторіччі на території Російської Імперії майже не було власних докторів, повністю відсутніми були і медичні школи та університети, де б проводилося навчання медичній професії. У зв'язку з цим цар змушений був випускати лікарів із-за кордону. У 1654 році відкривається школа руських лікарів, яка могла здійснювати навчання 30 учнів. Звичайно, що кількості випускників школи не вистачало для задоволення потреб населення у кваліфікованій медичній допомозі.

Варто зазначити про наявність відмінностей між професією доктора, лікаря (що зберігалася до XX сторіччя) та аптекаря. «Дохтур совет свой дает и приказывает, а сам тому не искусен, а лекарь прикладывает и лекарством лечит и сам не научен, а обтекарь у них у обоих повар», – визначалося в Лікарському пораднику XVII ст. [3].

Як зазначає С.Г. Стеценко, видача дозволів на право зайняття медичною діяльністю було одним із головних напрямків діяльності Аптекарського приказу. Отримання дозволу полягало в процедурі складання спеціального іспиту. Існували також різні процедури видачі дозволу на медичну діяльність для іноземців та вітчизняних медичних працівників. Окрім процедури попереднього контролю, що полягала у видачі дозволу, існували й процедури поточного контролю, а саме контролю за якістю лікування. Про важливість та офіційність процедури надання дозволу на здійснення медичної діяльності свідчить також той факт, що при зазначеній процедурі часто були присутні і перші особи держави, у т.ч. і монарх. Що стосується надання дозволів вітчизняним медичним працівникам, така діяльність також здійснювалася у формі складання іспитів, інколи за клопотанням самого одержувача дозволу [12, 40-41].

Указом Петра I від 14 серпня 1721 року "Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспомоении приискивающим медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям" була встановлена заборона на здійснення медичної практики без дозволу Медичної колегії, як на спадкоємній території, так і на завойованих землях: „Такожде никакой Докторь или городской лекарь не дерзнет нигде практику иметь, и лечить прежде свидетельствования его достоинства отъ Коллегии Медицинской, понеже иногда многие неученные скитающіеся безъ всаго наказания дерзновенно лечатъ в чемъ великую вреду жителямъ учинить могутъ”. О.М. Піщіта зазначає, що наслідком реалізації положень вищевказаного указу стала тенденція щодо посилення вимог

до осіб, які бажають здійснювати медичну практику [13]. С.Г. Стеценко називає документ – дозвіл на право зайняття медичною діяльністю атестатом [12, 74]. Починаючи з 1725 року, у зв'язку з одноособовим управлінням, Медична колегія була реформована у Медичну канцелярію. Глава цього адміністративного органу називався архіатер – начальник медичної справи, який одноособово очолював Медичну канцелярію. Виділяють такі функції цієї посадової особи: регламентування діяльності докторів, лікарів, аптек; видача дозволів на право зайняття медичною діяльністю. З метою контролю за здійсненням медичної діяльності, усі шпиталі, окрім тих, що були підпорядковані Московській медичній канцелярії, були підпорядковані Медичній канцелярії.

Надзвичайно важливою є історична пам'ятка права – Указ Анни Іоанівни від 24 грудня 1735 року. Відповідно до зазначеного указу встановлювалися конкретні посадові обов'язки медичних працівників, чисельна кількість вимог до організації госпіталю – лікувального закладу: організаційних (зокрема, склад та чисельність медичного та немедичного персоналу, їхні посадові обов'язки та вимоги до них, інколи, порядок поводження з пацієнтами в певних випадках), матеріальних (правила та умови харчування, зберігання продуктів, матеріально-технічної бази по догляду за хворими, місця розташування медичного закладу, розмір палат для хворих, наявність окремих кімнат для інвалідів, обов'язкова наявність місць харчування тощо. Даний нормативно-правовий акт можна вважати праобразом сучасних ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.

Повертаючись до питання допуску до медичної діяльності, зауважимо, що нормативні вимоги до атестації не є єдиними. Так, у Військовому статуті 1716 року окремо можливо виділити і вимоги до особистих якостей лікаря: „...не токмо в медицине, (докторстве) доброе основание и практику имел, но дабы трезвым, умеренным и добροхотным себя содержал, и в нужном случае чин свой как ношью так и днем надлежащим образом, написанием рецептов, и учреждением лекарств отправлять мог”. В Інструкції з робіт по хірургії в анатомічному театрі 1710 року М. Бідлоо зазначається, що хірург під час операції повинен бути ”не сердитым, даровитым и славным..”[12, 67]. Відповідно до Указу Анни Іоанівни від 24 грудня 1735 року „Генеральний регламент про шпиталі та посади, визначених при них Докторів та інших Медичного чина службовців, а також Комісарів, писарів, майстрових, робітників та інших приналежних до них людей” щодо кожної медичної професії так само ставилися етичні вимоги, які повинні бути властиві в залежності від посади (наприклад, богобоязливість, чесне, чемне та помірне життє, сумирність, старанність, терплячість) [14].

Важливо відмітити, що на нормативно-правовому рівні диференційовані поняття “лікар”, “доктор”, “підлікар”. С.Г. Стеценко зазначає, що “докторами” називали осіб, які отримали диплом про вищу освіту на медичному факультеті за кордоном, “лікар” – особа, що навчалася в навчальному закладі на території Російської Імперії, або проходила підготовку ремісницьким шляхом (хірург), “підлікар” – молодший медичний персонал та особи, що навчаються в госпітальних школах. Статус лікаря міг набуватися в тому числі і ремісничим шляхом – наданням статусу лікаря доктором або штап-лікарем [12, 56-57].

12 листопада 1763 року була видана Інструкція Колегії Медичної, метою якою є “1. Сохранение врачеваніемъ народа въ Имперіи. ” [15, 416]. Відповідно до зазначеного нормативного акту першочерговим завданням визнавалася проведення екзаменів (“Всехъ Докторовъ, Операторовъ, Лекарей и Аптекарей экзаминовать со всякою строгостію по науке ихъ въ Коллегіи”); організація навчання за допомогою університетів; розгляд спорів між медичними працівниками щодо порядку лікування, запровадження нових правил лікування та збереження старих. До повноважень колегії входили також контроль лікарів та аптекарів щодо здійснення їхньої діяльності. Відповідно до п.6 Інструкції, до Колегії мали направлятися короткі рапорти, щодо того, як здійснювалося лікування хворих, щонайменше хронічних, п.9 зобов'язував кожного лікаря вести щоденний журнал лікування, у якому повинні бути описані методи лікування. Ці журнали були запровадженні, як зазначається в Інструкції, з метою, щоб Колегія знала мистецтво лікування кожного лікаря і могла переводити медичних працівників у місцях, найбільш відповідних для них. Крім того, кожен лікар Імперії зобов'язаний був направляти донесення про надзвичайні випадки та хвороби.

З 1764 року відповідно до наказу Катерини Великої в кандидати на посаду доктора могли повністю проходити підготовку на території Російської Імперії. С.Г. Стеценко також зазначає,

що підтвердженням важливості функцій Медичної колегії виступають Інструкції 1784, 1793, 1798 років, відповідно до яких штадт-фізики (по-суті, інспектори) зобов'язані були застосовувати суворі санкції до осіб, що не мають права займатися медичною практикою або до осіб, що займаються незаконним продажем лікарських засобів [12, 82].

У 1797 році в системі органів управління охороною здоров'я утворюється нова ланка – Лікарські управи, які підпорядковувалися Медичній колегії та управляли медичною справою в губерніях. До повноважень цих органів було включено видання нормативно-правових актів щодо порядку надання медичної допомоги, контрольні повноваження, пов'язані із здійсненням медичної діяльності в межах конкретної губернії, у тому числі, інспектування медичних закладів.

Наприкінці 1803 року організація системи охорони здоров'я знову була піддана реорганізації – Медична справа передавалася у відання Міністерства внутрішніх справ, утворювалася Державна Медична Управа, до якої входили Медична Рада, Управління Головного Лікарського Інспектора, Головне управління та Рада по справах місцевого господарства, Ветеринарне управління та Ветеринарний комітет. До повноважень Медичної Ради, які безпосередньо відносяться до теми цього дослідження, входило екзаменування іноземних лікарів на предмет відповідності їх знань.

Важливим та системоутворюючим документом є Лікарський статут – кодифікований нормативний акт у сфері охорони здоров'я. Існувало три редакції Лікарського статуту (1857, 1892, 1905 року). Розглянемо норми, які стосуються допуску до медичної діяльності

Відповідно до Лікарського статуту всі особи, що займаються медичною практикою, у т.ч. приватною, підпорядковуються та відносяться до Губернської лікарської управи. Усі лікарі, як службовці, так і приватно практикуючі, зобов'язані були подавати щомісячний звіт, окремо щодо хворих, що знаходяться в лікарнях, якими лікарі завідують, окремо щодо хворих, що знаходяться в їх приватній практиці до Губернської лікарської управи.

Окремо регламентувався в Лікарському статуті порядок допуску медичних чиновників до посад: ст.43 визначає, що на штатні місця призначалися лікарі, що проходили навчання на медичних факультетах університетів або в Військово-Медичній академії, а також особи жіночої статі, що пройшли відповідне навчання. Зазначені особи повинні обов'язково мати свідоцтва (дипломи). У разі відсутності диплома або наявності диплома іноземних держав знання кандидата повинні бути підтверджені свідоцтвом відповідних навчальних закладів Російської Імперії. Необхідними умовами для провадження медичної практики іноземцями було також знання російської мови та прийняття присяги про вірність у встановленій формі. Окремі правила встановлювалися для євреїв. Регламентувався і доступ до медичної діяльності повивальних бабок: „должна быть в знані своемъ испытана и присягою обязана”. Повивальним бабкам присвоювалися розряди. Їм також дозволялося мати учениць, які могли здійснювати медичну діяльність самостійно тільки після отримання відповідного свідоцтва. Про призначення та звільнення повітових та міських лікарів, складалися протоколи за підписом Головного лікарського інспектора, які виносилися на затвердження Губернатором.

Положеннями Лікарського статуту також передбачається прототип процедури контролю дотримання ліцензійних умов: губернський Лікарський Інспектор повинен був неодноразово протягом року оглядати умови надання медичної допомоги в усіх лікарнях губернії, після чого повинен був надавати обґрунтовані звіти щодо стану цих лікарень Міністерству внутрішніх справ. При здійсненні такого нагляду Губернський інспектор повинен був розглядати питання, які пов'язані із самим процесом лікування, так і ті, що пов'язані виключно з господарською діяльністю „поскольку сіи предметы могут иметь влияние на здоровье призрѣаемыхъ въ больничныхъ заведеніяхъ”. До повноважень інспектора також входило припинення будь-яких дій, пов'язаних із здійсненням правопорушень у процесі лікування. Будь-які форми реагування інспектор мав вносити в спеціальний журнал, копію якого зобов'язаний був залишити в лікарському управлінні, а оригінал – пред'явити в Управління Головного Лікарського Інспектора. У разі, якщо була виявлена наявність помилок у зв'язку з незнанням лікарського мистецтва, лікарям заборонялося провадження практики до тих пір, поки вони не отримують нове свідоцтво, складуть іспити (можливо, і інші випробування), щодо належного знання медичної справи.

Представляють великий інтерес правила допуску до медичної діяльності приватних лікарів, які бажали відкрити приватні лікарні. Приватні лікувальні заклади затверджувалися з дозволу Губернатора або Градоначальника після попереднього розгляду проекту Статуту приватного закладу після схвалення його місцевим лікарським управлінням. Дозвіл на відкриття видавався на один рік. У Лікарському статуті міститься невиключний перелік обов'язкових вимог до проекту Статуту приватного лікувального закладу, до якого включені, як-от рід хворих, кількість ліжок-місць, спеціальні методи лікування, тощо. Проведення медичної практики можливо тільки після огляду приватного закладу Губернським лікарським інспектором. Приватні заклади знаходилися під наглядом місцевих лікарських управлінь, яким управителі закладу повинні були надавати докладні звіти про діяльність. Управління приватним закладом загальної спеціалізації мав право здійснювати лікар, що провадив медичну практику не менше 3-х років, щодо установ, де застосовуються спеціальні методи лікування – визначається як достатню підготовку. У разі виявлення неналежного управління лікувальним закладом, губернське управління мало право винести припис засновнику про обов'язок заміни управителів протягом трьох місяців та/або закриття лікувального закладу (у разі невиконання Статуту).

Встановлювалися також кваліфікаційні вимоги до інспектора. Останній повинен був мати ступінь доктора медицини, перебувати на службі не менше 6 років, знати російську мову тощо.

1904 року була проведена наступна реорганізація системи управління охорони здоров'я, внаслідок чого було утворено: Управління головного лікарського інспектора (здійснювало контроль за діяльністю медичних закладів) та Відділ народного здоров'я та суспільного піклування в складі Міністерства внутрішніх справ.

Таким чином, аналіз генезису законодавства країн англосаксонської правової сім'ї та Росії, дозволяє зробити наступні висновки. У країнах англосаксонської сім'ї ініціатива щодо запровадження інституту допуску до медичної діяльності завжди виходила знизу, тобто безпосередньо від надавачів медичних послуг. За умови широкого поширення місцевого самоврядування на території Англії ремісники-хірурги, а потім вже і лікарі, намагалися розширити свої повноваження. У зв'язку із цим розробка та запровадження стандартів надання медичної допомоги також походить від провайдерів медичних послуг. Поступово повноваження щодо допуску до медичної діяльності (ліцензування) були передані недержавним організаціям, які залишаються відповідальними перед державою за допуск до медичної діяльності тих чи інших професіоналів. У Росії у зв'язку з певними історичними реаліями інститут допуску до медичної діяльності почав формуватися набагато пізніше. У Російській Імперії увага законотворця була завжди сконцентрована на централізації управління охороною здоров'я, посилення державного впливу. І тому ініціатива щодо запровадження інституту допуску до медичної діяльності, удосконалення певних аспектів його функціонування, навчання медичного персоналу завжди виходила зверху – від органів державної влади. Це також пов'язується з незначним поширенням Магдебурзького права на території Росії. Варто зазначити, що в Російській Імперії інститут допуску носив дозвоільно-заборонний характер, тоді як у країнах англосаксонської сім'ї в більшій мірі має характер визнання. Зазначимо також, що законодавство Російської Імперії мало достатньо прогресивний характер, більшість норм щодо допуску до медичної діяльності є актуальними і сьогодні.

Отже, інститут допуску до медичної діяльності на території України був сформований під впливом Російської Імперії, а в подальшому – радянської влади. Історичний досвід із формування стандартів надання медичної допомоги, формування інших правил медичної діяльності та контролю за порядком її здійснення, видачу дозвоільних документів у недержавних організаціях на території України відсутній. Таким чином, передача зазначених функцій інститутам, які не мають будь-яких навичок у зазначеній сфері, без попереднього навчання буде недієвою та неефективною, може призвести до повного хаосу в системі допуску до медичної діяльності. У зв'язку з цим, вважаємо, що надання повноважень по допуску до медичної діяльності недержавним професійним організаціям повинно відбуватися поступово.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е. Медицина (нравы, судьбы, бесправие) / [Электронный ресурс]. – Кировоград: "Полиум", 2003. – С. 5-56. // Режим доступа: <http://www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/bioetica/Medicina.htm>.
2. Законы Ману / [Электронный ресурс]: Перевод с санскритского / Пер. С.Д. Эльманович. – М: «Наука» – Главная редакция восточной литературы научно-издательский центр «Ладомир». – 1992. // Режим доступа: www.realyoga.ru/images/FCK/File/Books/Yoga/Zakoni%20Manu.doc.
3. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории / [Электронный ресурс]: – СПб.: Изд-во "Европейский дом", 2003. – 272 с. // Режим доступа: <http://lechebnik.info/421/index.htm>.
4. Каннабих Ю.В. История психиатрии / [Электронный ресурс]. – Л.: Государственное медицинское издательство, 1928 // Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/kanny01/txt01.htm>.
5. N Alan Green. A licence to practice / [Электронный ресурс]: Journal of the Royal Society of Medicine. – October, 1987 // Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1291046/pdf/jrsocmed00170-0017.pdf>.
6. Shirley A. Bakerl. History of Licensure In Several Occupations In The Health Professions / [Электронный ресурс]: Journal of Health Occupations Education Fall. -1986. – 69 с. (Vol. 1, No.2) // Режим доступа: <http://library.ucf.edu/JHOE/Education%20Journal/fall1986.pdf>.
7. The History of Licensure [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.egpet.net/vb/showthread.php?4715-The-History-of-Licensure>.
8. The Royal College of Physicians and its collections: an illustrated history / [Электронный ресурс]./Edited by Geoffrey Davenport, Professor W Ian McDonald FRCP and Caroline Moss-Gibbons. – 2001. – 168 p.
9. K.F. Russell. A Seventeenth-Century Oxford Licence to Practise Medicine / [Электронный ресурс]. / Med Hist. - January; 1957. (1(1)). – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1034232/pdf/medhist00188-0072.pdf>.
10. Ian Mortimer. A Directory of Medical Personnel Qualified and Practising in the Diocese of Canterbury, circa 1560-1730 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kentarchaeology.ac/authors/021.pdf>.
11. R. Scott Jones. Organized Medicine in the United States / [Электронный ресурс] / Annals Of Surgery: J. B. Lippincott Company, 1993. - (Vol. 217, No. 5). – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1242814/pdf/annsurg00075-0019.pdf>.
12. Стеценко С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России / [Электронный ресурс]: (Исторический и теоретико-правовой анализ): Дис. ... доктора юрид. наук: 12.00.01 / Стеценко Семен Григорович – М.РГБ, 2003. – 452 с.
13. Пищита А.Н. Исторический опыт, современное состояние и перспективы правового обеспечения здравоохранения в России / [Электронный ресурс]: Автореф. дис. на соискание уч. степени доктора юрид. наук: спец. 12.00.01 «Теория и история права и государства» / А.Н. Пищита. – М., 2006. – 50 – 17 с.
14. Генеральный регламент о госпиталях и о должностях, определенных при них Докторов и прочих Медицинского чина служителей, также Комиссаров, писарей, мастеровых, работных и прочих к оным подлежащих людей" / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.runivers.ru/lib/book_read.php?ID=60656&S_PAGE=678&VOLUME=8.
15. Інструкція Коллеґії Медичинської от 12 листопада 1763 року №11.965 [Електронний документ]// Полное собрание законов Российской империи (1649-1825). – (Том 16) // Режим доступа: http://www.nlr.ru/e-res/law_r/search.php.