ВПЛИВ АВТОНОМІЇ ПАЦІЄНТА НА ПРОБЛЕМУ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ В ЄВРОПІ

ДАНГАТА Й.
доктор філософії, магістр права,
бакалавр медицини і хірургії,
член Королівського товариства
громадського здоров'я
(Сполучене Королівство Великої Британії
та Північної Ірландії)

Проаналізовано особливості реалізації принципу автономії пацієнта в руслі сучасних демографічних тенденцій в Європі загалом і в правовій системі Великої Британії зокрема. Виокремлено й охарактеризовано основні наслідки європейських демографічних тенденцій у контексті старіння населення і зменшення чисельності працездатних осіб. Досліджено особливості впливу принципу автономії пацієнта на розвиток і впровадження у сфері біоетики інтелектуальних інновацій, покликаних поліпшити якість надання медичних послуг. Сформульовано рекомендації щодо усунення недоліків упровадження принципу автономії пацієнта в аспекті старіння населення Європи. Охарактеризовано заходи, яких вживають держави з метою удосконалення реалізації принципу автономії населення у контексті проблеми старіння населення. Запропоновано низку дискусійних питань, обговорення яких допоможе з'ясувати роль і місце принципу автономії пацієнта в системах охорони здоров'я і соціального обслуговування.

Ключові слова: автономія пацієнта, права людини, демографічні тенденції, старіння населення, медичне право, медична послуга.

У середині XX століття, внаслідок протестів, спричинених випадками медичної недбалості, автономія особи отримала пріоритет над медичним патерналізмом, що суттєво вплинуло на демографічну ситуацію у світі. З моменту свого виникнення медичне право розвинулося на національному, регіональному та глобальному рівнях з метою сприяння ефективній співпраці суб'єктів, зацікавлених у впроваджені моделі охорони здоров'я, заснованої на автономії пацієнта, задля ефективного надання медичних послуг. Сьогодні у значній частині цивілізованого світу, включаючи Європу, автономія пацієнта стала основою надання медичної допомоги. Попри це стає дедалі очевидніше, що автономія пацієнта спричинила стрімку зміну таких демографічних параметрів, як подовження тривалості та поліпшення якості життя, зменшення

© Дангата Й., 2013

кількості працездатного населення за одночасного зростання витрат на медичне обслуговування в умовах конкуренції пріоритетів.

Усе це зумовлює необхідність перегляду концепції автономії в контексті демографічної динаміки, що є завданням складним як для європейського медичного права, так і для медичного права інших правових систем.

Масове невдоволення запровадженням автономії пацієнта не лише «покликало до життя» медичне право, а й мало наслідком те, що поняття прав людини вийшло за межі різних галузей права, наприклад, цивільного, трудового чи господарського. Сьогодні права людини чітко окреслені в багатьох правових актах більшості країн цивілізованого світу на місцевому, національному, регіональному та глобальному рівнях. Найбільш цивілізовані суспільства достатньо швидко відмовились від патерналістських засад у наданні медичної допомоги і перейшли до автономії пацієнта. Завдяки цьому набула поширення концепція спільного ухвалення рішень, відповідно до якої пацієнт співпрацює з лікарем для досягнення найкращих результатів у наданні медичної допомоги.

У багатьох країнах права людини стали неоціненним знаряддям політичної боротьби, оскільки виборці завжди перебувають у пошуках партії, яка пропонує найсприятливіші соціальні умови. Як наслідок програми у галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення стали центральним елементом політичних програм у більшості цивілізованого світу, включно з Європою. Наприклад, Національна служба охорони здоров'я Британії (далі – НСОЗ) розпочала свою діяльність 1948 р. з програмою надання безкоштовної та якісної медичної допомоги усім громадянам. Окрім того, стрімкий розвиток науки і техніки сприяв прогресу в сфері лікування і профілактики різних захворювань та інвалідності.

Реалізація пацієнтами права на автономію у сфері охорони здоров'я та соціального обслуговування, яке забезпечується державою, зростання ролі реформ у політичних програмах і розвиток науки і техніки – все це послужило поштовхом для важливих перетворень у галузі охорони здоров'я, результатом яких стали наявність і доступність якісної медичної допомоги, що подовжило тривалість життя в Європі і більшості розвиненого світу. Отже, сучасні демографічні тенденції в Європі почали формуватися за умов верховенства принципу автономії пацієнта.

Це дослідження має за мету висвітлити вплив автономії пацієнта на демографічні тенденції в Європі, сформулювати рекомендації щодо подолання недоліків у впровадженні цього принципу та з'ясувати стратегічну роль системи медичного права Європи у зміцненні принципу автономії пацієнта, що дасть змогу поліпшити демографічні показники.

Суб'єктами аналізу є пацієнти, медичні працівники, представники громадськості, уряди і суди. Виклад побудовано головно на прикладі правової системи Великої Британії, хоча й без посилань на право країн – членів Європейського Союзу та інші правові системи обійтися не вдалося.

I. Вплив автономії пацієнта на демографічні тенденції в Європі

У Європі наслідки закликів до впровадження принципу автономії пацієнта вийшли за передбачувані межі. Початково ставилося завдання викорінення негуманної діяльності в сфері біомедичних досліджень, що згодом поширилася на медичну практику. Як наслідок пацієнти масово почали висловлювати власні погляди на форму та якість надання медичних послуг. Медичні працівники, своєю чергою, виявили готовність поліпшити якість надання медичних послуг, не тільки щоб убезпечити себе від можливих позовів через надання медичної допомоги неналежної якості, а й щоб задовольнити своє прагнення професійного та кар'єрного зростання. Це висунуло автономію пацієнта на перший план політичної арени: відтоді охорона здоров'я та реформа системи соціального забезпечення почали займати центральне місце в будь-якій політичній програмі, що передбачала надання безоплатних медичних послуг.

Водночас це послужило поштовхом для інтелектуальних інновацій у сфері біоетики та запровадження нових технологій, що поліпшували якість надання медичних послуг, а також забезпечили економічну свободу фармацевтичній, технологічній та іншим видам промисловості у сфері охорони здоров'я.

Для прикладу, нові технології у фармацевтичній промисловості відкрили доступ до вільного вибору кращих, безпечніших і набагато ефективніших методів лікування, у тому числі таких механізмів життєзабезпечення, як дихальні апарати та інкубатори. Завдяки цьому середня тривалість життя подовжилася на всій території ЄС до рівня, що набагато перевищує показники періоду, який передував упровадженню принципу автономії пацієнта. Середня тривалість життя в ЄС досягла 80,8 років у жінок і 74,6 років у чоловіків, і ці показники продовжують зростати. Передбачається, що частка людей віком від 60 і старше, яка сьогодні становить близько 20%, у найближчі 50 років зросте до 35%, а частка людей віком від 80 років і старше зросте від нинішніх 4% до 11% протягом наступних 50 років. Окрім подовження тривалості життя, спостерігається загальне поліпшення якості життя порівняно з доавтономною ерою у медицині.

В основу принципу автономії пацієнта, що сприяв реформуванню системи охорони здоров'я та соціального забезпечення в усій Європі і в цивілізованому світі, покладені заклики до розширення автономії пацієнта, включаючи право на позбавлення. Самостійне рішення пацієнта позбавити себе життя часто є результатом спроможності впоратися з такими наслідками впровадження права на автономію пацієнта, як настання інвалідності і хронічні захворювання впродовж всього життя, або впливу подій, які відбулися у житті пацієнта раніше, і призвели до тривалої інвалідності.

Водночас завдяки запровадженню нових технологій стало можливим підтримувати життєдіяльність навіть у вегетативному стані, що подовжує перебування сім'ї та друзів пацієнта у постійному стресі. Варто згадати і про фінансовий бік соціального забезпечення й охорони здо-

ров'я. Не випадково гострі політичні дискусії точаться навколо питань еутаназії і технологій життєзабезпечення.

Зворотним боком проблеми старіння населення є зниження рівня народжуваності і, як результат, скорочення чисельності населення Європи. Запровадження принципу автономії пацієнта дало можливість людям самостійно вирішувати, чи народжувати дітей, коли їх народжувати і скільки та чи варто їх мати взагалі. Негативним наслідком цього стало скорочення кількості робочої сили і тепер людей, які заробляють, значно менше, ніж людей, за якими потрібен догляд. У середньому сьогодні на одну людину, що потребує догляду, припадає чотири працюючих (1:4), проте, згідно з прогнозами, до 2050 року це співвідношення знизиться до 1:2. До того ж, зростає кількість працюючих жінок і, відповідно, мобільність сімей, а тому старших самотніх людей, які потребують догляду державних соціальних служб, стає дедалі більше.

II. Наслідки демографічних тенденцій в Європі

Актуальними для Європи є дві проблеми: старіння населення і зменшення чисельності працездатних осіб (їх наслідком є збільшення кількості осіб, які потребують догляду). Роки життя, «подаровані» автономією особи, люди здебільшого проводять у стані інвалідності, часто з хронічними численними хворобами, що додаються до їхніх звичних соціальних потреб. Ці фактори додатково виснажують ресурси.

Хоча демографічні зміни в різних державах різняться за типами і ступенями, кожна з них стикається з проблемою стійкості систем охорони здоров'я, соціального забезпечення, законодавчої бази. Це явище вимагає вироблення стратегії, як на державному рівні, так і на рівні ЄС, спроможної узгодити чинне законодавство з демографічними тенденціями. Насамперед необхідно закріпити в законодавстві права пацієнтів з урахуванням демографічних тенденцій в Європі.

III. Рекомендації щодо подолання наслідків запровадження автономії пацієнта в аспекті старіння населення Європи

Необхідно впроваджувати чіткі та рішучі реформи для того, щоб утримувати баланс при визначенні пріоритетів щодо використання ресурсів в умовах реалізації права на автономію і при цьому уникати проявів дискримінації за ознакою віку, наприклад, молоде покоління проти старшого при ухваленні рішень, зокрема тих, що пов'язані із трансплантацією.

Неофіційні дослідження демографічних тенденцій в Європі, проведені політологами, свідчать, що принцип автономії пацієнта еволюціонував досить швидко, і передбачити чи упередити наслідки його впливу на демографічну ситуацію в Європі неможливо. І хоча ці зміни відбувалися не одномоментно, конкретних планів щодо нівелювання їх впливу не було. Політики з таким ентузіазмом підтримували впровадження автономії пацієнта, що втратили здатність тверезо мислити та передбачати наслідки впровадження, зокрема, вплив на демографічні тенденції в Європі. Натомість вони повинні були виробити стратегію, яка б забез-

печила баланс між витратами на послуги з догляду та наслідками подовження тривалості життя, зокрема, зростання рівня інвалідності й обсягів інвестування у профілактичні заходи та наукові дослідження, що сприятимуть здоровому старінню населення.

Нові технології, як і фармацевтичні підприємства загалом, суттєво вплинули на тривалість життя населення Європи. Однак їх першорядним завданням залишалося отримання максимального прибутку. Наприклад, усього кілька десятиліть тому ніхто не сперечався щодо апаратів життєзабезпечення, оскільки їх просто не існувало. Сьогодні така апаратура не лише доступна, а й має великий попит, а її ціна зростає. У вартість такого обладнання входять не лише витрати на матеріально-технічне забезпечення, а й на навчання спеціалістів. Оскільки окреслені інституції є в основному прибутковими, вони повинні компенсувати негативні наслідки своєї діяльності, зокрема, вартість довгострокового догляду за людьми похилого віку. Цього можна досягти шляхом перегляду відповідних законодавчих норм, зокрема, підвищенням податків у сфері права інтелектуальної власності на патенти.

Крім того, доцільно внести зміни у трудове законодавство для того, щоб забезпечити можливість продовжувати трудову діяльність після досягнення особами встановленого законом пенсійного віку. Ця норма не повинна бути всеосяжною, треба враховувати, що довголіття також супроводжується істотним збільшенням геріатричних захворювань, часто численних. Отже, норма повинна стосуватися тільки осіб, спроможних працювати за станом здоров'я. Наприклад, трудове законодавство повинно розширити межі пенсійного віку і заохотити роботодавців наймати літніх людей з хорошим станом здоров'я. Уряд Великої Британії вже розробив стратегію для збільшення пенсійного віку для чоловіків і жінок. На рівні ЄС розроблена програма заохочення людей похилого віку до участі в суспільному житті, в тому числі в трудових відносинах.

Повернення до роботи літніх людей, яким це дозволить стан здоров'я, матиме позитивні наслідки, а саме: збільшення надходжень від податку на дохід, економія на пенсійних витратах і витратах на соціальне обслуговування, користь для здоров'я від фізичної і соціальної активності.

Проте така ініціатива вимагає підтримки профспілок і запровадження відповідної просвітної програми з метою інформування громадськості про необхідність участі суспільства у покритті витрат на медичне обслуговування. Зусилля, спрямовані на гармонізацію законодавства з сучасними демографічними тенденціями повинні бути чітко визначеними та узгодженими як на державному рівні, так і на рівні ЄС.

Важливо також привернути увагу громадськості до необхідності забезпечення балансу між реалізацією пацієнтами своєї автономії та економічними реаліями, тим більше за умов глобальної економічної кризи. Така діяльність покликана змінити суспільні очікування, сприяти пожвавленню співпраці представників громадськості з урядами держав і надавачами послуг та іншими представниками суспільства. Закономірно постає запитання: «Як довго зможе «витримати» Європа безоплатне медичне обслуговування?»

Для Європи настав час почати досліджувати можливості запровадження медичного страхування чи будь-якої іншої форми фінансової

участі громадськості в забезпеченні сфери охорони здоров'я. Для прикладу, у Сполучених Штатах Америки немає безоплатного медичного обслуговування і жоден кандидат у президенти не включає подібні положення до своїх політичних програм. Економічні труднощі змушують політиків скорочувати обсяги обіцяного соціального пакета. Ми стоїмо на порозі радикальних соціальних реформ, які мимоволі адаптують автономію пацієнта до реалій сучасності.

Будь-яка кампанія з підтримки сфери охорони здоров'я суспільством повинна супроводжуватися реформуванням системи освіти: що раніше почнеться впровадження таких реформ, то послідовнішими вони будуть, то легше і швидше вдасться виконати поставлені завдання. Стратегічна роль освіти полягає в ознайомленні громадськості з політикою у сфері охорони здоров'я.

Одним із способів подолання проблеми скорочення робочої сили в Європі до вступу в дію стратегічних планів стало послаблення імміграційного законодавства, що забезпечило приплив кваліфікованих працівників із зарубіжних країн, які розвиваються. Водночас слід утримувати під контролем масову еміграцію наукових і творчих працівників з країн, де їхні знання та навики потрібні ще більше. При цьому треба враховувати, що незабаром масовий витік кваліфікованої робочої сили зменшиться до мінімуму через внутрішні потреби таких країн.

На обсяг робочої сили в сучасній Європі помітно впливає низька народжуваність у державах-членах. Насамперед потрібно докласти чимало зусиль для того, щоб забезпечити максимальну вірогідність народження здорових, доношених і живих дітей. Це вимагає вдосконалення допологової (перинатальної) допомоги та інших профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня малюкової смертності і зменшення кількості передчасних пологів шляхом упередження підліткової вагітності, вживання алкоголю і куріння під час вагітності, роботи в небезпечних умовах у період вагітності і розширення можливостей засобів перинатального скринінгу. Можливими причинами, через які подружжя не хочуть мати дітей або виховують лише одну дитину, є зростання витрат на догляд за дітьми, а також несприятливі умови праці. Все це спонукає до перегляду норм трудового права з метою запровадження гнучких умов праці, наприклад, роботи вдома. Крім того, вагомим стимулом є надання державної допомоги з догляду за дітьми.

Щоб втілити у життя стратегії реформування автономії пацієнта з урахуванням проблеми старіння населення Європи, потрібна підтримка органів законодавчої влади як на національному рівні, так і на рівні ЄС, а також судової гілки влади.

IV. Стратегічне значення системи європейського медичного права для актуалізації принципу автономії в аспекті проблеми старіння населення Європи

За сучасного стрімкого розвитку медичної науки і технологій, що є наслідком впровадження автономії, суди, паралельно з органами законодавчої влади, удосконалюють своє трактування аналізованого питання. Прикладом, що підтверджує необхідність такого трактування, може служити неузгодженість законодавства з проблемами підтримання жит-

тєдіяльності, якісного або й ні, за допомогою штучних засобів і коштів, необхідних для такого підтримання, як мало місце у справі Траст НСОЗ Ейрдейл проти Бланда (Airdale NHS Trust v Bland). У цій справі Лорд Браун–Вілкінсон ставив під сумнів необхідність запровадження судами нової правової норми для врегулювання цієї цілком нової ситуації.

Наслідком реформ стало прийняття таких актів, як Закон 2004 р. «Про тканини людини» та Європейська директива про клінічні випробування 2004 р. Внесенню змін до законодавства, як правило, передують консультації зацікавлених сторін і громадськості, що допомагає звести до мінімуму обмежувальний характер правових документів.

Розвиваючи концепцію автономії пацієнта, медики та юристи, як на національному, так і на міжнародному рівнях, розробили різноманітні проекти кодексів практичної діяльності та законодавства. Ідея можливості реалізувати свої права на лікування у більшому обсязі привабила і пацієнтів. Однак час від часу між законом і позиціями державних медичних установ, таких як НСОЗ у Великій Британії, а також представниками медичної професії виникають суперечності. Показовим є прикладом Великої Британії є судове рішення у справі Р (за заявою Барка) проти Загальної медичної ради (R. vs. General Medical Council). Спочатку здавалось, що під час провадження справи не враховувалися ресурси та конкурентні пріоритети НСОЗ, а також її обов'язки перед громадськістю, а Високий суд був готовий впровадити автономію пацієнта, не прислухавшись до професійних суджень експертів і не врахувавши суспільних інтересів щодо використання ресурсів. Йшлося головно про те, що допомога повинна надаватися на вимогу і що лікар зобов'язаний забезпечити її, тобто «що пацієнт хоче, те він і отримує».

Коментуючи цю справу, Дж.К. Мейсон та Дж.Т. Лоурі порушили питання обмеження самовизначення індивіда інтересами громади. Дж. Манбі зауважує, що акцентування автономії пацієнта шкодить усім іншім інтересам: «Щойно пацієнт звертається до закладу охорони здоров'я Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ), постає обов'язок надати йому медичну допомогу – обов'язок забезпечити надання медичних послуг, незалежно від того, є пацієнт компетентним чи ні, свідомим чи несвідомим. З тієї хвилини на лікаря і заклад охорони здоров'я покладаються певні обов'язки та відповідальність, за винятком випадків, у яких тягар відповідальності покладається на іншу особу.

Обов'язок надання медичної допомоги передбачає забезпечення надання максимально якісних медичних послуг...».

Однак після подання апеляції рішення Високого суду було скасовано.

Отже, суд апеляційної інстанції приймає принцип автономії пацієнта, за умови, що це не спустошуватиме ресурси компанії, стверджуватиме обов'язок лікарів забезпечувати методи і форми лікування, що не суперечать їхнім переконанням. Заклик до повного перегляду всіх галузей законодавства щодо захисту прав пацієнтів за сучасної демографічної ситуації в Європі має на меті активізацію інтересу до питання про пріоритети в наданні медичних послуг, що іншим боком проблеми автономії. Водночас будь-які законодавчі перетворення покликані балансувати між економією і підтримкою професійної відповідальності, щоб упереджувати випадки нелюдського поводження.

Медична професія, як і більшість професій, безперервно зазнає саморегулювання з метою підтримки професійних стандартів, а тим більше – за умов поширення автономії пацієнта. У Великої Британії, де проблеми здоров'я покладені в основу політичних програм, урегулювання порядку надання медичних послуг вийшло за межі самої професії, до нього долучився уряд через різні інституції, такі як НСОЗ. Окрім зобов'язань, що випливають з програм у сфері охорони здоров'я, до врегулювання порядку надання медичних послуг уряд спонукало зростання рівня надання медичної допомоги неналежної якості – професійної некомпетентності та лікарських помилок, що призводять до додаткових витрат. Державне регулювання відбувається за двома моделями: каральною й освітньою. Комісія з модернізації системи охорони здоров'я контролює не лише окремих лікарів, а й суб'єкти підприємницької діяльності в сфері медичної практики. Згідно зі змінами, внесеними 2000 р. до закону «Про медицину» від 1983 р., було створено ЗМР (Загальну медичну раду) з метою внесення суттєвих змін у процедури добору медичних працівників, яким надається право провадити медичну практику. Рада здійснила низку нормативних заходів, включаючи видання посібника для лікарів «Згода: лікарі як ті, хто ухвалює рішення колегіально» (червень 2008 р.).

Попри всі вжиті заходи, зловживань у медичній практиці не стало менше. Крім того, позитивне з точки зору прогресу медичної науки впровадження обладнання для підтримки життєдіяльності часто шкодить професії, провокуючи конфлікти між пацієнтами або їх родичами та лікарями стосовно застосування такого обладнання. Проте професійна приналежність не може слугувати імунітетом від відповідальності за проступки, наприклад, якщо медсестру обвинувачують в умисному вбивстві чи замаху на вбивство літніх пацієнтів, що «займали чужі ліжка», прізвище лікаря вилучають з медичного реєстру за грубе порушення професійної етики чи лікарів засуджують за злочини у сфері статевої недоторканності пацієнтів, чи за вбивство сотень пацієнтів, подібно Ширману, не в результаті професійних помилок, а свідомо.

Професійна некомпетентність, боротьба з якою триває уже півстоліття, а нелюдський характер викликав необхідність впровадження автономії пацієнта, викликає низку запитань, у тому числі такі: чи насправді автономія впливає на медичну професію як гальмівний чинник? Якщо не було б автономії пацієнта, до якого рівня деградації дійшли б медики сьогодні? Чи буде професія медика й надалі базуватися на догмі «не нашкодь»? Наскільки безпечно почувається населення Європи, що зменшується, у руках медичних працівників? Чи достатньо компетентні представники медичної професії, щоб чинити самоврядування? Схильність до жорстокості є рисою виключно цієї професії чи людства загалом? Чи вийшли пацієнти за межі принципу автономії? Що «пішло» не так, як, коли і яким чином з цим боротись?

Водночас слід визнати, що, якби не автономія, то подібні сумні події набули б набагато більших масштабів і, можливо, залишилися б непоміченими. Їх викриття є очевидним свідченням ефективності поточних заходів регулювання. Але розширення горизонтів боротьби з проявами нелюдської поведінки кидає ще більший виклик європейській системі медичного права та її прихильникам, яких проблема старіння населення в Європі спонукає дотримуватися принципу автономії.

1. *Cornuz J., Junod N., Pasche O., Guessous I.* Cancer screening in clinical practice: the value of shared decision-making // Rev. Med. Suisse. – 2010. – № 6. – P. 1410–1014.

2. *Tibballs J.* The legal basis for ethical withholding and withdrawing of life-sustaining medical treatment in children // J. Law. Med. – 2006. – № 14. – P. 244–261.

3. *Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Vaupel JW.* Ageing populations: the challenges ahead // The Lancet. – 2009. – № 374. – P. 1196–1208.

4. *Derek R.* Ageing and work: an overview // Occupational Medicine (Oxford, England). – 2010. – № 60. – P. 169–171.

5. De Luca d'Alessandro E., Bonacci S., Giraldi G. Ageing populations: the health and quality of life of the elderly // La Clinical Terapeutica. – 2011. – № 162. – P. 13–18.

6. Buckley B.M. Healthy ageing: ageing safely // European Heart Journal. – 2001. – 3 Suppl. – № 6–10.

7. Walker A. Aging and politics: an international perspective // Handbook of ageing and the social science / R.L. Binstock, L.K., George ed. – Amsterdam: Elsevier. – 2006. – P. 339–359.

8. *Spidla V.* Preparing for EU's ageing population at heart of new expert group. Press release 11 June 2007; Available@Http://ec.europa.eu/commission_barroso/spidla/index.cfm?pid=whats_new&sub=news&langId=en&id=79.(Press release IP/07/89).

9. *Nuae U., Kroll T.* Bridging policies and practice: challenges and opportunities for the governance of disability and ageing // International Journal of Integrated Care. – 2010. – № 10.

10. Westendorp RGJ, TBL The biology of ageing // Ageing in Society. B.J. Peace S / F. Dittmann-Kohli, G.Westerhof eds. – London, 2007. – P. 15–37.

11. *Lunefield B.* The ageing male: demographics and challenges // World Journal of Urology. – 2002. – № 20. – P. 11–16.

12. The secretary of State Employment Equality (Age) Regulations 2006, @ http://www.opsi.gov.uk/s//si2006/20061031.htm (Accessed 14 September 2011)

13. European Commission. Europe's Response to World Ageing: Promoting Economic and Social Progress in the Ageing World – A Contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing. – Brussels, 2002.

14. European Commission. Dealing with the Impact of an Ageing Population in the EU (2009 Ageing Report), Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee of the Regions. – Brussels, 2009.

15. *Deccache A., van Ballekom K.* From patient compliance to empowerment and consumer's choice: evolution or regression? An overview of patient's education in French speaking European countries // Patient Education and Counselling. – 2010. – № 78. – P. 282–287.

16. *Hoving C., Visser A., Mullen PD, van den Borne B.* A history of education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education // Patient Education and Counselling. – 2010. – № 78. – P. 271–281.

17. Lord Browne-Wilkinson in Airedale NHS Trust v Bland (1 A11 ER 821 @ 878, [1993]) 12 BMLR 64 @ 124.

18. Human Tissue Act [2004].

19. European Clinical Trials Directive [2004].

20. Mason & Laurie, Smith's Law and Medical Ethics / at 1.57, 7thed Oxford, [2006].

21. R (Burke) v General Medical Council (official Solicitor intervening) [2004] EWHC 1879 (Admin); [2005] QB 424.

22. JK Mason, GT Laurie Personal autonomy and the right to treatment: a note on R (on the application of Burke) v General Medical Council [2006] QB 273.

23. R (on the application of Burke) v General Medical Council [2005] EWCA Civ 1003; [2006] QB 273.

24. Report of an Inquiry into Quality and Practice within the National Health Service arising from the report of LedneyLedward [2000].

25. *Vincent C., Neale G., Woloshnowych M.* Adverse events in Bristol Hospitals: Preliminary retrospective record review // British Medical Journal. – 2001. № 322. – P. 517.

26. Comptroller and Auditor General, NHS (England) Summarised Accounts 2000–2001 H.C. 766 [2002].

27. Davies ACL Mixed signals: using educational and punitive approaches to regulate the medical profession // Public Law. – 2002. – Win. – P. 703–723.

28. Commission for Health Improvement @ http://www.healthcarecommisssion.org.uk/homepage.cfm

29. Medical Act [1983]. Amendment Order [2000].

30. GMC Guidance for Doctors: Consent: Doctors as Doctors Making Decisions Together (June 2008).

31. *Burrows J.* Telling tales and saving lives: the role of professional colleagues in protecting patients from dangerous doctor // Medical Law Review. – 2001. – № 9. – P. 110–129.

32. Independent 10.09.2004.

33. The Shipman Inquiry // Death Disguised. – 2002. – First Report. Vol. 1.

Дангата И.

Влияние автономии пациента на проблему старения населения в Европе

Проанализированы особенности реализации принципа автономии пациента с учетом демографических тенденций в Европе в целом и в правовой системе Великобритании в частности. Выделены и охарактеризованы основные последствия европейских демографических тенденций в контексте старения населения и уменьшения численности трудоспособных лиц. Исследованы особенности влияния принципа автономии пациента на развитие и внедрение в сфере биоэтики интеллектуальных инноваций, направленных на улучшение качества предоставления медицинских услуг. Сформулированы рекомендации по устранению недостатков внедрения принципа автономии пациента в аспекте старения населения Европы. Охарактеризованы меры, принимаемые государствами с целью усовершенствования реализации принципа автономии населения в контексте проблемы старения населения. Предложен ряд дискуссионных вопросов, обсуждение которых поможет выяснить роль и место принципа автономии пациента в системах здравоохранения и социального обслуживания.

Ключевые слова: автономия пациента, права человека, демографические тенденции, старение населения, медицинское право, медицинская услуга.

Dangata Y.

The Implication of Autonomy on Europe's Ageing Population

Peculiarities of a patient autonomy principle in the aspect of current demographic trends in Europe with the accent on the legal system of Great Britain are analyzed. Main implications of the demographic trends in Europe in the context of ageing population and a decline of a population which results in shrinking workforce to support the increasing needs of the growing dependent stratum of the population are highlighted. Features of the patient autonomy principle implications on the development of intellectual novelties in the sphere of bioethics and introduction of new technologies, which are directed at improvement of medical services quality is researched. Recommendations remedial to the implications of autonomy on Europe's ageing population are suggested. Measures, which are taken by the states towards the improvement of application of the autonomy principle in the context of ageing population, are elucidated. A set of debatable questions, aimed at bringing to light the role and place of the patients' autonomy principle in the system of health care and social welfare is suggested.

Key words: patient autonomy, human rights, demographic trends, population ageing, medical law, medical service.