

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УНІВЕРСИТЕТ СУЧАСНИХ ЗНАНЬ»

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**МУЛЯР ГАЛИНА ВОЛОДИМИРІВНА**

УДК 342.951[342.7:614.253.8](477)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

12.00.07 – адміністративне право і процес;  
фінансове право; інформаційне право

Подається на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ Г. В. Муляр

Науковий консультант:  
**Теремецький Владислав Іванович,**  
доктор юридичних наук, доцент,  
заслужений юрист України

**Київ – 2020**

## АНОТАЦІЯ

**Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.** – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук зі спеціальності 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. – Приватний вищий навчальний заклад «Університет сучасних знань», Національний авіаційний університет, МОН України. – Київ, 2021.

Дисертацію присвячено вивченню концептуальних уявлень і розробці авторської парадигми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, а також визначенню перспектив його подальшого розвитку.

Удосконалено наукову позицію, що адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є системою дій уповноважених суб'єктів, яка передбачає цілеспрямований вплив на стан забезпечення реалізації права на охорону здоров'я за допомогою норм права, засобів, форм і методів адміністративно-правового впливу.

Аргументовано, що реалізація права на охорону здоров'я є процесом перетворення юридично можливої поведінки, закріпленої у нормі права, у фактичну дію суб'єкта щодо підтримки збереження фізіологічного, психологічного здоров'я, працездатності, соціальної активності, тривалості життя.

З урахуванням предметної спрямованості, удосконалено визначення поняття адміністративно-правових засобів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, як сукупності прийомів і способів діяльності суб'єктів медичних правовідносин, урегульованих нормами адміністративного права, що застосовуються з метою реалізації права на охорону здоров'я.

Встановлено, що методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є системою філософських, загальнонаукових, конкретно-спеціальних методів, за допомогою яких відбувається процес пізнання адміністративного забезпечення права на охорону здоров'я у державі.

Під принципами адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти вихідні положення, засади та стандарти, на підставі та у відповідності до яких має здійснюватись забезпечення реалізації права на охорону здоров'я уповноваженими на те суб'єктами. Сформовано систему принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, як структуру, утворену єдністю розташованих у закономірності відокремлених принципів, поєднання яких створює підґрунтя для всебічного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Під функціями адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти обумовлені характером і змістом права на охорону здоров'я відокремлені складові (напрями) адміністративно-правового забезпечення його реалізації. Здійснено класифікацію вказаних функцій, в основу якої покладено організаційний та регулюючий компоненти.

Наголошено, що реалізація права на охорону здоров'я забезпечується не лише наявністю конституційної основи у вигляді відповідної норми (норм), а й комплексом нормативно-правових актів адміністративно-правового характеру, які забезпечують дію проголошених у Конституції України положень. Охарактеризовано конституційні засади реалізації права на охорону здоров'я.

Розглянуто сутність права на охорону здоров'я, як складноутвореної категорії, зміст якої визначає напрями забезпечення реалізації цього права. Запропоновано типологізацію моделей забезпечення реалізації права на охорону

здоров'я, відповідно до якої виокремлені: базова, опціональна та абсолютна моделі, а також наведено їхні переваги і недоліки.

Здійснено аналіз основних функцій Верховної Ради України щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Визначено форми взаємодії Верховної Ради з Президентом України у сфері охорони здоров'я, що відбуваються завдяки таким процедурам: 1) законотворчості; 2) формування органів управління у сфері охорони здоров'я; 3) дострокового припинення повноважень Верховної Ради чи Президента України; 4) комплексної реалізації контрольних повноважень; 6) введення правового режиму надзвичайного стану, підставою якого може бути загроза здоров'ю населення тощо.

Запропоновано систематизацію повноважень Міністерства охорони здоров'я України та їх класифікацію за різними критеріями, зокрема: 1) залежно від сфери реалізації повноважень; 2) залежно від функцій, на реалізацію яких спрямовуються повноваження; 3) залежно від змісту повноважень; 4) залежно від взаємодії з іншими суб'єктами медичної галузі.

Удосконалено визначення правового статусу центральних органів виконавчої влади та обсягу їх повноважень щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, зокрема Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Національної служби здоров'я України та інших суб'єктів владних повноважень, до яких належать медичні заклади, забезпечення охорони здоров'я для яких не є основним видом їх діяльності.

Доведено необхідність оптимізації системи Міністерства охорони здоров'я України, перегляду його функцій, розмежування повноважень між структурними підрозділами, зокрема щодо здійснення контрольної-наглядової діяльності.

Досліджено особливу природу функцій місцевого самоврядування, які характеризуються автономністю у вирішенні питань громади і пов'язані з реалізацією народовладдя. Наголошено на їх відмежуванні від функцій

державних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Наголошено на доцільності узагальнення судової практики в медичних справах та її узгодження із правовими позиціями Європейського суду з прав людини.

Вказано, що суди і прокуратура вирішують широке коло завдань, пов'язаних із забезпеченням права на охорону здоров'я. Обґрунтовано доцільність узагальнення судової практики з медичних справ для застосування однакового підходу та бачення особливостей розгляду судами справ у цій сфері.

Запропоновано визначити критерії відбору громадських об'єднань (організацій) з їх подальшим включенням до переліку суб'єктів здійснення контролю за якістю медичної допомоги, до яких віднесено: обов'язкову реєстрацію у встановленому законом порядку; зазначення у статутних документах напрямку діяльності (сфера охорони здоров'я); встановлення строку дії такого об'єднання (організації) не менше 5 років.

Запропоновано визначення поняття закладу охорони здоров'я, як суб'єкта будь-якої форми власності та організаційно-правової форми діяльності (його відокремленого підрозділу), який забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Доведено необхідність заснування правового інституту «Омбудсмена з охорони здоров'я» з подальшою конкретизацією порядку його функціонування. Омбудсменом з охорони здоров'я запропоновано вважати посадову особу, на яку Кабінетом Міністрів України покладаються завдання із захисту прав людини у сфері охорони здоров'я.

Основною метою акредитації визначено стимулювання медичних установ до поліпшення якісних показників. Наголошено на більш широкому залученні представників фахової медичної спільноти до проведенні атестації медичних

працівників. Проаналізовано міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я. Виокремлено основні вимоги і стандарти, закріплені у міжнародних актах.

Виокремлено переваги запровадження системи управління якістю закладу охорони здоров'я: поліпшення його загальної дієвості та забезпечення міцної основи для ініціатив щодо сталого розвитку; покращення якості медичних послуг; конкурентоспроможність на внутрішньому та зовнішніх ринках; можливість надання платних медичних послуг за світовими цінами; налагодження співпраці із закордонними партнерами (зокрема, щодо отримання інвестицій); забезпечення прозорості управління діяльністю закладу охорони здоров'я; запровадження механізму постійного покращення системи управління якістю закладу охорони здоров'я та підвищення ефективності роботи співробітників на всіх рівнях.

Обґрунтовано доцільність створення Національної технічної консультативної групи з питань імунізації та прийняття Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2021–2027 роки».

Сформульовано визначення поняття адміністративного проступку у сфері охорони здоров'я, як суспільно шкідливого, протиправного, винного (умисного або необережного) діяння, що посягає на індивідуальне та/або громадське здоров'я і за яке чинним законодавством передбачено адміністративну відповідальність.

Визначено напрями вдосконалення адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я, а саме: 1) виокремлення окремої глави в КУпАП, присвяченої правопорушенням у сфері охорони здоров'я; 2) прийняття Медичного кодексу України; 3) доповнення КУпАП новими нормами, що встановлюють відповідальність за здійснення медичної практики, приватною фармацевтичною діяльністю, за недостовірну рекламу медичних послуг, за ухилення від медичного обстеження і лікування осіб, що перебувають в

контакті з ВІЛ-інфікованими, хворими на СНІД, туберкульоз, а також осіб, які вживають наркотичні або психотропні речовини без призначення лікаря.

Здійснено аналіз зарубіжного досвіду забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, що дозволило сформувавши напрями вдосконалення національного законодавства. Визначено перспективи розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я шляхом виокремлення критеріїв, спрямованих на вирішення проблем реалізації індивідуального та громадського здоров'я.

Обґрунтовано:

1) необхідність розробки і прийняття Медичного кодексу України як базового кодифікованого законодавчого акта, що має поєднати у своєму змісті ключові інститути медичного права;

2) доцільність прийняття Закону України «Про децентралізацію системи охорони здоров'я в Україні», в якому перебачити положення про загальнообов'язкове медичне страхування (у перспективі – ввести цільовий «медичний податок»), а також необхідність збереження принципу безоплатного надання медичної допомоги у державних і комунальних (муніципальних) закладах охорони здоров'я на засадах рівності та недопущення дискримінації;

3) пропозиції щодо внесення змін до Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками щодо конкретизації контрольних повноважень цієї служби.

**Ключові слова:** право на охорону здоров'я, адміністративно-правове забезпечення, медична допомога, громадське здоров'я, індивідуальне здоров'я, адміністративна відповідальність, сфера охорони здоров'я, реалізація, модель.

## SUMMARY

**Muliar H. V.** Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. – *Qualifying scientific work as the manuscript.*

The thesis for a doctoral degree by the specialty 12.00.07 – administrative law and procedure; financial law; informational law University of Modern Knowledge, Kyiv; National Aviation University. – Kiev, 2021.

Administrative and legal guaranteeing of the right to health care is defined as a system of actions of authorized entities, which provides target-oriented impact on the state of guaranteeing of the right to health care through law norms, means, forms and methods of administrative and legal influence.

The author has improved the scientific point of view that administrative and legal guaranteeing of the right to health care is a system of actions of authorized entities, which provides target-oriented impact on the state of guaranteeing of the right to health care through law norms, means, forms and methods of administrative and legal influence.

It has been argued that the realization of the right to health care is a process of transforming legally possible behavior enshrined in law norm into the actual action of the entity to support the preservation of physiological, psychological health, ability to work, social activity, expectancy of life.

Taking into account the subject orientation the author has improved the definition of the concept of administrative and legal means of guaranteeing of the right to health care as a set of techniques and methods of activity of medical legal relations entities regulated by the norms of administrative law applied in order to realize the right to health care.

It has been established that the methods of studying administrative and legal guaranteeing of the right to health care are the system of philosophical, generally scientific, specific and special methods, which assist to the process of cognition of administrative provision of the right to health care in the state.

The principles of administrative and legal guaranteeing of the right to health care have been offered to be understood as the initial provisions, principles and standards, which should be the basis for guaranteeing the realization of the right to



health care by authorized entities. The author has formed the system of principles of administrative and legal guaranteeing of the right to health care as a structure formed by the unity of separate principles located in the pattern, the combination of which creates the basis for comprehensive guaranteeing of the right to health care.

The functions of administrative and legal guaranteeing of the right to health care have been offered to understand as separate components (directions) of administrative and legal guaranteeing for its realization due to the nature and content of the right to health care. The author has carried out the classification of the indicated functions, which is based on organizational and regulatory components.

It has been emphasized that the realization of the right to health care is ensured not only by the constitutional basis in the form of the relevant norm (norms), but also by a set of regulatory acts of administrative and legal nature, which ensure the provisions of the Constitution of Ukraine. The constitutional principles of the realization of the right to health care have been characterized.

The author has studied the essence of the right to health care as a complex category, the content of which determines the directions for guaranteeing the realization of this right. A typology of models for guaranteeing the realization of the right to health care has been suggested. According to that typology the author has singled out: the basic, optional and absolute models, and has provided their advantages and disadvantages.

The author has carried out the analysis of the main functions of the Verkhovna Rada of Ukraine on guaranteeing the realization of the right to health care. The forms of interaction of the Verkhovna Rada with the President of Ukraine in the field of health care have been determined. Such interaction is possible due to such procedures: 1) law-making; 2) formation of governing agencies in the health care sector; 3) early termination of powers of the Verkhovna Rada or the President of Ukraine; 4) comprehensive implementation of control powers; 5) introduction of a legal regime of the state of emergency, the basis of which may be a threat to public health, etc.

The author has suggested the systematization of powers of the Ministry of Health of Ukraine and their classification according to various criteria, in particular: 1) depending on the scope of powers; 2) depending on the functions for the implementation of which the powers are directed; 3) depending on the content of the powers; 4) depending on the interaction with other entities of the health care sector.

The author has improved the definition of the legal status of central executive agencies and the scope of their powers on guaranteeing the realization of the right to health care, in particular the State Service of Ukraine for Medicinal Products and Drug Control, the National Health Service of Ukraine and other entities of authoritative powers, including medical institutions, whose main activity is not guaranteeing of health care.

The author has proved the necessity of optimizing the system of the Ministry of Health of Ukraine, reviewing its functions, delimitation of powers between structural units, in particular regarding the implementation of control and supervisory activities.

The author has studied the special nature of the functions of local self-government, which are characterized by autonomy in resolving community problems and are related to the implementation of democracy. The emphasis has been placed on their separation from the functions of state executive agencies in the field of health care in regard to guaranteeing the realization of the right to health care.

The author has emphasized on the expediency of generalizing court practice within medical cases and its harmonization with the legal positions of the European Court of Human Rights.

It has been stated that the courts and the prosecutor's office solve a wide range of objectives related to guaranteeing the right to health care. The author has substantiated the expediency of generalization of judicial practice on medical cases for the application of the same approach and vision of the peculiarities of court proceedings in this area.

It has been offered to determine the criteria for the selection of public associations (organizations) with their further inclusion into the list of entities of implementing control over the quality of medical care, which should include: mandatory registration in the manner prescribed by law; indication of the direction of activity (health care) in the statutory documents; establishing the validity of such association (organization) for at least 5 years.

The author has offered to define the concept of the health care institution as a subject of any form of ownership, as well as organizational and legal form of activity (its separate unit), which provides medical care to the population on the basis of the relevant license and professional activity of medical (pharmaceutical) employees.

The necessity of establishing the legal institution “Health Care Ombudsman” with further specification of the procedure of its functioning has been proved. The author has offered to consider the Health Care Ombudsman as an official who is entrusted by the Cabinet of Ministers of Ukraine with objectives related to the protection of human rights in the health care sector.

The main purpose of accreditation has been determined the stimulation of medical facilities to improve quality indicators. The emphasis has been placed on the wider involvement of representatives of the professional medical community into the certification of medical employees. International standards in the health care sector have been analyzed. The main requirements and standards enshrined in international acts have been singled out.

The advantages of implementing the quality management system of a health care institution have been established: improving its overall effectiveness and providing a solid basis for sustainable development initiatives; improving the quality of medical services; competitiveness at domestic and foreign markets; the possibility of providing paid medical services according to world prices; establishing cooperation with foreign partners (in particular, to obtain investments); ensuring transparency in the management of health care institutions; introduction of a mechanism for

continuous improvement of the quality management system of the health care institutions and increasing the efficiency of the employees at all levels.

The author has substantiated the expediency for creating the National Technical Advisory Group on Immunization and Adoption of the Law of Ukraine “On Approval of the National Program of Immunological Prophylaxis and Protection of the Population from Infectious Diseases for 2021-2027”.

The definition of the concept of administrative petty offense in the health care sector has been formulated as a socially harmful, illegal, culpable (intentional or negligent) action that encroaches on individual and / or public health and which is punished in the form of administrative liability by the current legislation.

Areas for improving administrative liability in the health care sector have been defined, namely: 1) separation of a separate Section in the Code of Ukraine on Administrative Offenses, which is focused on offenses in the health care sector; 2) adoption of the Medical Code of Ukraine; 3) supplementing the Code of Ukraine on Administrative Offenses with new norms, which establish liability for medical practice, private pharmaceutical activities, inaccurate advertising of medical services, evasion from medical examinations and treatment of persons in contact with HIV-infected, AIDS, tuberculosis, and also persons who use narcotic or psychotropic substances without a physician’s prescription.

The author has analyzed international experience for guaranteeing the realization of the right to health care, which allowed us to form areas for the improvement of national legislation. The author has defined perspectives for the development of administrative and legal guaranteeing of the right to health care by distinguishing criteria aimed at solving the problems of individual and public health.

The author has substantiated:

1) the need to develop and adopt the Medical Code of Ukraine as the basic codified legislative act, which should combine the key institutions of medical law in its content;

2) the expediency of adopting the Law of Ukraine “On Decentralization of the Health Care System in Ukraine”, which should contain the provisions for compulsory health insurance (in the future – to introduce a target-oriented “medical tax”), as well as the need to preserve the principle of free medical care within state and municipal health care institutions on the basis of equality and non-discrimination;

3) propositions for amendments to the Regulation on the State Service of Ukraine for Medicinal Products and Drug Control regarding specification of control powers of this service.

**Key words:** right to health care, administrative and legal provision, medical care, public health, individual health, administrative liability, health care sector, realization, model.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

### *Монографії:*

1. Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: монографія. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2020. 388 с.

2. Муляр Г. В. Актуальні питання медичного права України. Конституційні основи забезпечення права людини на здоров'я: порівняльно-правовий аспект // Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи : монографія / за заг. ред. В. М. Ждана, І. А. Голованової. Полтава : Техсервіс, 2020. С. 170–183.

### *Статті у наукових фахових виданнях України:*

3. Муляр Г. В. Етичні та правові принципи взаємовідносин між медичним працівником та пацієнтом. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. Вип. 1. Т. 4. С. 153–157.

4. Муляр Г. В. Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів (міжнародна практика). *Наше право*. 2018. № 3. С. 102–107.

5. Муляр Г. В. Проблеми адміністративно-правового забезпечення ліцензування господарської діяльності з медичної практики. *Наукові записки*. Серія: Право. 2019. Вип. 6. Спецвипуск. С. 65–70.

6. Муляр Г. В. Програмне регулювання та стратегічне планування у сфері охорони здоров'я. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2019. № 4. С. 129–138.

7. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення акредитації закладів охорони здоров'я. *Юридичний бюлетень*. 2019. Вип. 11. Ч. 2. С. 103–110.

8. Муляр Г. В. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*. 2020. № 1–2. С. 43–52.

9. Муляр Г. В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 97–100.

10. Муляр Г. В. Методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Журнал східноєвропейського права*. 2020. № 75. С. 102–110.

11. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2020. № 43. С. 48–51.

12. Муляр Г. В. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини як суб'єкт забезпечення прав у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2020. Вип. 61. Т. 2. С. 16–19.

13. Ховпун О. С., Муляр Г. В. Медична реформа в сучасних умовах європейської міждержавної інтеграції: теоретико-методологічні аспекти. *Порівняльно-аналітичне право*. 2020. № 1. С. 397–400.

14. Муляр Г. В. Адміністративна відповідальність за порушення законодавства щодо захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я. *Правова позиція*. 2020. № 3. С. 45–49.

15. Муляр Г. В. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративно-правовий аспект. *Юридичний вісник*. 2020. № 1. С. 51–57.

16. Муляр Г. В. Правове регулювання отримання ліцензії на здійснення медичної практики. *Приватне та публічне право*. 2020. № 2. С. 97–101.

17. Муляр Г. В. Здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності з медичної практики. *Юридичний вісник*. 2020. № 2. С. 151–157.

18. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення прав паліативних пацієнтів: український та міжнародний досвід. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 2. С. 170–181.

19. Муляр Г. В. Забезпечення права на охорону здоров'я: міжнародно-правовий аспект. *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. 2020. Вип. 19. С. 103–111.

20. Муляр Г. В. Адміністративно-правове регулювання громадського контролю у сфері охорони здоров'я. *Наукові записки*. Серія: Право. 2019. Вип. 7. Спецвипуск. С. 69–74.

21. Муляр Г. В. Окремі аспекти забезпечення права на охорону здоров'я адміністративно-правовими засобами. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 3. С. 186–195.

22. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Гармонізація діяльності національних судів з практикою ЄСПЛ в контексті захисту медичних прав. *Вісник*

*Маріупольського державного університету. Серія: Право. 2020. Вип. 20. С. 101–112.*

*Стаття в періодичному науковому виданні, що індексується БД Scopus:*

23. Муляр Г. В., Солоненко О. Н., Покальчук М. Ю., Плетнёва А. Е., Домброван Н. В. Правовое обоснование и перспективы реализации программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения в Украине. *Georgian Medical News*. 2020. № 7–8. С. 195–199.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

24. Муляр Г. В., Хоцяновська Н. Ф. Правові засоби забезпечення Верховним судом ефективних гарантій від свавілля в сфері застосування примусових заходів медичного характеру. Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я: матер. XVIII міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 21 берез. 2018 р.). Київ, 2018. С. 108–111.

25. Муляр Г. В., Ховпун О. С. Нормативно-правове регулювання проведення вакцинації в Україні. Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я: матер. XIX міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 20 берез. 2019 р.). Київ, 2019. С. 103–104.

26. Муляр Г. В. Сутність медичної допомоги у контексті реалізації та дотримання конституційних прав громадян. Правова доктрина, правоутворення та правозастосування: проблеми зв'язку та шляхи розвитку: тези доп. учасників наук. практик. конф. (м. Харків, 11 жовт. 2019 р.). Харків: Наук.-дослід. ін-т публ. політики і соц. наук, 2019. С. 96–100.

27. Муляр Г. В. Недоліки правового регулювання окремих прав пацієнтів при наданні медичної допомоги. Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку: міжнар. наук.-практ. конфер., (м. Харків, 6–7



березня 2020 р.). Харків: Східноукраїнська наукова юридична організація, 2020. С. 63–67.

28. Муляр Г. В. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Правова система України: матер. міжнар. наук.-практ. конфер. (м. Запоріжжя, 27–28 берез. 2020 р.). Запоріжжя: Істина, 2020. С. 82–85.

29. Муляр Г. В. Правове забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників: сучасний стан та перспективи удосконалення законодавства. Актуальні проблеми сучасної науки. XLII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конфер. (м. Вінниця, 6 квіт. 2020 р.). Ч. 11. Вінниця, 2020. С. 32–36.

30. Муляр Г. В. Щодо запровадження лікарського самоврядування в Україні. Актуальні питання економіки, фінансів, обліку і права в сучасних умовах: збірник тез доповідей міжнар. наук.-практ. конфер. (м. Полтава, 16 квіт. 2020 р.): у 8 ч. Ч. 6. Полтава: ЦФЕНД, 2020. С. 26–28.

31. Муляр Г. В. Акредитація закладів охорони здоров'я: порівняльно-правовий аналіз. Міжнародні та національні правові виміри забезпечення стабільності: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17-18 квіт. 2020 р.). Ч. II. Львів: Центр правничих ініціатив, 2020. С. 65–68.

32. Муляр Г. В. Гарантії дотримання права людини на охорону здоров'я за умов проведення медичної реформи. Сучасні виклики та проблеми науки: XLIII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конфер. (м. Луцьк, 20 квіт. 2020 р.). Ч. 1. Луцьк, 2020. С. 46–51.

33. Муляр Г. В. Реалізація права на охорону здоров'я: ретроспектива та сучасність. Економіко-правові дискусії: I Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. студентів, аспірантів та молодих учених (м. Кропивницький, 30 квіт. 2020 р.). Кропивницький: Льотна академія Національного авіаційного університету. С. 244–247.

34. Муляр Г. В. Функції Верховної Ради України в сфері охорони здоров'я. Травневі правові читання: матер. I Всеукр.наук.-практ. конф. здобув.

та викл. закл. вищ. осв. (м. Черкаси, 07 трав. 2020 р.). Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2020. С. 290–292.

35. Муляр Г. В. Медичні стандарти у системі охорони здоров'я: теоретико-правові підходи до розуміння змісту. Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених: тези доп. учасників наук.-практ. конф. (м. Харків, 15 трав. 2020 р.). Харків: МВС України, ХНУВС, 2020. С. 193–196.

36. Муляр Г. В. Роль органів місцевого самоврядування в забезпеченні права на охорону здоров'я. Сучасний розвиток державотворення та правотворення в Україні: проблеми теорії та практики: матер. ІХ Міжнар. наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти і молодих учених: зб. тез наук. праць (м. Маріуполь, 19 трав. 2020 р.). Маріуполь: МДУ, 2020. С. 182–185.

37. Муляр Г. В. Судові органи та прокуратура як суб'єкти захисту медичних прав. Шляхи реформування юридичних наук у європейський простір: теоретико-практичний аспект: збір. матер. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 19 трав. 2020 р.). Херсон: Гельветика, 2020. С. 66–69.

38. Муляр Г. В. Аксиологічний метод дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Реформування правової системи в контексті євроінтеграційних процесів: матер. ІV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми, 21–22 трав. 2020 р.). Суми: ННП Сумського державного університету. С. 45–48.

## ЗМІСТ

|   |     |
|---|-----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....  | 22  |
| ВСТУП.....  | 24  |
| <br>  |     |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО<br>ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В<br>УКРАЇНІ.....                         | 37  |
| 1.1. Науково-методологічні підходи до вирішення проблем, пов'язаних із<br>правовим забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я ..... | 37  |
| 1.2. Генезис адміністративно-правового забезпечення реалізації права на<br>охорону здоров'я.....  | 55  |
| 1.3. Принципи та функції адміністративно-правового забезпечення<br>реалізації права на охорону здоров'я.....                                | 74  |
| Висновки до розділу 1.....  | 95  |
| <br>  |     |
| РОЗДІЛ 2. МОДЕЛІ, УМОВИ ТА НАПРЯМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ<br>РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ<br>ЗДОРОВ'Я.....   | 98  |
| 2.1. Конституційні засади реалізації права людини на охорону здоров'я та<br>умови їх адміністративно-правового забезпечення.....            | 98  |
| 2.2. Моделі забезпечення реалізації права на охорону<br>здоров'я.....   | 117 |
| 2.3. Напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я .....  | 137 |
| Висновки до розділу 2.....  | 157 |
| <br>  |     |
| РОЗДІЛ 3. СУБ'ЄКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА<br>ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....  | 161 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.1. Верховна Рада України та Уповноважений Верховної Ради України з прав людини як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я..... | 161 |
| 3.2. Президент України та органи виконавчої влади як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я .....                               | 192 |
| 3.3. Органи місцевого самоврядування як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.....   | 216 |
| 3.4. Роль судів та органів прокуратури у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я.....   | 237 |
| 3.5. Вплив громадських об'єднань та інших суб'єктів на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.....                                       | 259 |
| Висновки до розділу 3.....  | 278 |

#### РОЗДІЛ 4. ЗАСОБИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я .....283

|   |     |
|---|-----|
| 4.1. Ліцензування, акредитація медичних закладів та атестація медичних працівників як засоби забезпечення реалізації права на охорону здоров'я..... | 283 |
| 4.2. Стандартизація, сертифікація у сфері охорони здоров'я як засоби забезпечення реалізації права на охорону здоров'я .....                        | 305 |
| 4.3. Форми та методи адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.....   | 329 |
| 4.4. Адміністративно-правова відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я.....   | 355 |
| Висновки до розділу 4.....  | 380 |

#### РОЗДІЛ 5. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....385

|  |     |
|--|-----|
| 5.1. Зарубіжний досвід правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.....                    | 385 |
| 5.2. Перспективи розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я..... | 418 |
| Висновки до розділу 5.....   | 425 |
| ВИСНОВКИ.....  | 441 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....   | 454 |
| ДОДАТКИ.....   | 539 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Австралія — Співдружність Австралія

АРК — Автономна Республіка Крим

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

ГК України — Господарський кодекс України

Держлікслужба — Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками

Держпродспоживслужба — Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів

Держсанепідемслужба – Державна санітарно-епідеміологічної служба України

ЄС — Європейський Союз

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини

Закон № 2801-ХІІ — Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Закон № 2168-VІІІ — Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

Закон № 123/96-ВР — Закон України «Про лікарські засоби»

ЗМІ — Засоби масової інформації

ЗВО – Заклад вищої освіти

Кабмін України – Кабінет Міністрів України

КАС України — Кодекс адміністративного судочинства

КЗпП України — Кодекс законів про працю України

КК України — Кримінальний кодекс України

Конвенція — Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини

КПК України — Кримінальний процесуальний кодекс України

КУпАП — Кодекс України про адміністративні правопорушення

МОЗ України — Міністерство охорони здоров'я України

МВС України – Міністерства внутрішніх справ України

Наказ № 189 — Наказ МОЗ України «Про організацію роботи фізичних осіб-підприємців, які займаються народною медициною (цілительством)» від 16.03.2016 № 189

Наказ № 503 — Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19.03.2018 № 503

Нідерланди — Королівство Нідерландів

НСЗУ — Національна служба здоров'я України

ОЕСР — Організація економічного співробітництва та розвитку

ООН — Організація об'єднаних націй;

Основи – Основи законодавства України про охорону здоров'я

СОТ — Світова організація торгівлі

США — Сполучені Штати Америки

Уповноважений — Уповноважений Верховної Ради України з прав людини

Франція — Французька Республіка

ФРН — Федеративна Республіка Німеччина

ЦК України — Цивільний кодекс України

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я МОЗ України

Швейцарія — Швейцарська Конфедерація

Японія — Японська Держава

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Здоров'я людини було і є однією з найголовніших цінностей, яке разом із життям утворюють основу невід'ємних прав людини. Інтенсивний розвиток медичної науки сьогодні дозволяє робити здоров'я людини більш стійким, поліпшувати його опір захворюванням і впливу несприятливих екологічних, природних та інших факторів. Водночас здоров'я як індивідуальна та суспільна цінність вимагає наявності засобів, спрямованих на його збереження, відновлення та покращення.

На національному рівні право на охорону здоров'я гарантоване статтею 49 Конституції України, в якій проголошено, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». Аналіз конституційних положень свідчить, що право на охорону здоров'я включає в себе також право на медичну допомогу і право на медичне страхування. Однак зазвичай норма статті 49 Конституції України розглядається виключно як право на охорону здоров'я, тобто як унітарна категорія. Конституційні положення уточнені у статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я, в якій право кожного громадянина на охорону здоров'я включає в себе п'ятнадцять складових. Перелік цих складових є відкритим, адже законами України можуть бути визначені й інші права громадян у сфері охорони здоров'я.

Наведене зобов'язує державу створити дієві механізми для належного забезпечення кожної складової права на охорону здоров'я. Проте відсутність маркерів реалізації медичної реформи, яка триває в Україні, не дозволяє сподіватися на позитивний результат щодо всебічного забезпечення права на охорону здоров'я та його успішної реалізації громадянами.

Замість модернізації алгоритмів реалізації складових права на охорону здоров'я та їх правового забезпечення у сфері охорони здоров'я створено ситуацію, коли старі механізми правового регулювання вже не діють, а нові ще не отримали



належного правового забезпечення. У сукупності це призводить до того, що в такий «перехідний період» право на охорону здоров'я не забезпечується за всіма складовими компонентами, а населення позбавляється можливості його реалізації та захисту. Зокрема, нереалізованими сьогодні лишаються ініціативи запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», електронної медицини, реорганізацію інститутів екстреної (швидкої) медичної допомоги, психіатричної та паліативної допомоги тощо.

Викладеним обумовлено необхідність проведення комплексного наукового дослідження теоретико-методологічних та організаційно-правових складових забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні.

Теоретичним підґрунтям дисертаційного дослідження стали праці вітчизняних учених з питань охорони здоров'я. Найбільшою групою таких досліджень є праці І. Г. Буряка, З. С. Гладуна, Р. Ю. Гревцової, Б. О. Логвиненка, Г. М. Сарибасової, І. Я. Сенюти, О. Л. Сіделковського, С. Г. Стеценка та інших науковців, присвячені організації національної системи охорони здоров'я. До іншої групи варто віднести дослідження О. В. Дроздової, В. М. Пашкова, О. М. Пелагеші, О. П. Світличного, В. Ю. Стеценко, Л. М. Руснак, В. І. Теремецького, І. В. Чеховської, Я. М. Шатковського та інших фахівців, спрямовані на висвітлення окремих складових права на охорону здоров'я та способів його реалізації.

Після прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у 2017 році дослідженням питань забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я займалися: Б. О. Логвиненко «Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика» (Київ, 2017 р.); А. М. Маркіна «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» (Київ, 2018 р.); С. В. Книш «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» (Тернопіль, 2019 р.) та О. Л. Сіделковський «Адміністративно-правові засади формування єдиного медичного простору України» (Київ, 2020 р.).

Утім, незважаючи на існуючі дослідження, присвячені окремим аспектам забезпечення права на охорону здоров'я та організації системи охорони здоров'я в Україні загалом, невизначеність перспектив успішної реалізації медичної реформи вимагає інтенсифікації досліджень, спрямованих на покращення реалізації права на охорону здоров'я в умовах трансформацій, що тривають. З огляду на зазначене набуває актуальності адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні.

Отже, переосмислення концептуальних засад і складових компонентів права на охорону здоров'я в Україні обумовлює актуальність досліджуваної проблеми, адже створення належного адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є запорукою наближення вітчизняних стандартів забезпечення прав людини до рівня їх забезпечення в державах – членах Європейського Союзу.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Роботу виконано відповідно до Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», схваленої Указом Президента України від 12.01.2015 № 5/2015, Пріоритетних напрямів розвитку правової науки на 2016-2020 роки, затверджених Постановою загальних зборів Національної академії правових наук України від 03.03.2016, Пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2020 р., затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 № 942, Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р., Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р, Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 № 821-р., Пріоритетних напрямів наукових досліджень Університету сучасних знань на 2017–2022 рр. (протокол Вченої

ради Університету сучасних знань № 3 від 08.12.2016). Тема дисертаційного дослідження затверджена Вченою радою Університету сучасних знань (протокол № 6 від 03.12.2015).

**Мета і завдання дослідження.** Метою дисертаційної роботи є дослідження концептуальних уявлень та розробка авторської парадигми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, а також визначення перспектив його подальшого розвитку. Для досягнення зазначеної мети в дисертації поставлено такі основні *завдання*:

- сформулювати науково-методологічні підходи до вирішення проблем, пов'язаних із правовим забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я;
- розглянути генезис адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;
- сформулювати принципи та визначити функції адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;
- розкрити конституційні засади реалізації права людини на охорону здоров'я та визначити умови їх адміністративно-правового забезпечення;
- охарактеризувати моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;
- визначити напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;
- розглянути участь Верховної Ради України та Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я як загальних суб'єктів;
- визначити роль Президента України та органів виконавчої влади як суб'єктів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;
- охарактеризувати органи місцевого самоврядування як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;
- розкрити роль судів і органів прокуратури в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я;

– з'ясувати вплив громадських об'єднань та інших суб'єктів на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;

– охарактеризувати основні засоби адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (ліцензування, акредитацію медичних закладів, атестацію лікарів, стандартизацію та сертифікацію у сфері охорони здоров'я);

– визначити форми і методи адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;

– розкрити сутність адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я;

– розглянути зарубіжний досвід правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;

– встановити тенденції та визначити перспективи розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

*Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері реалізації права на охорону здоров'я в Україні.*

*Предметом дослідження є адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні.*

**Методи дослідження.** Методологічним підґрунтям дослідження є сукупність загальнонаукових і спеціально-правових методів наукового пізнання, використання яких обумовлене метою, завданнями й особливостями предмета наукового пошуку.

Методи дедукції та індукції застосовано для виявлення базових категорій під час дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (розділи 1, 2). Соціологічний і статистичний методи використано для узагальнення емпіричних даних роботи (підр. 1.2, 1.3, 5.1, 5.3). Історико-правовий метод застосовано під час ретроспективного аналізу генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону

здоров'я (підр. 1.2). За допомогою логіко-семантичного методу визначено основні категорії у сфері охорони здоров'я (підр. 1.1, 2.2, 2.4, 4.1, 4.2, 4.3). Проблемно-хронологічний і традиційний методи застосовано під час вивчення сучасних наукових підходів щодо сутності адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (розділи 2, 4). За допомогою порівняльно-правового методу вивчено зарубіжний досвід правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (підр. 5.1). Системно-структурний і статистичний методи застосовано для визначення напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (підр. 2.3). За допомогою методу структурно-функціонального аналізу визначено моделі забезпечення права на охорону здоров'я та з'ясовано їх особливості (підр. 2.2). Методи аналізу та синтезу використано під час визначення поняття і видів принципів та функцій адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (підр. 1.3). За допомогою синергетичного методу виявлено можливості поєднання конституційних засад реалізації права на охорону здоров'я з адміністративно-правовими засобами його забезпечення (підр. 2.1). Методи прогнозування та узагальнення застосовано для визначення перспектив розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (підр. 5.3).

Нормативною основою дослідження є вітчизняні та міжнародні акти у сфері забезпечення соціальних прав людини, зокрема Конституція України, закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Європейська соціальна хартія тощо.

Інформаційною та емпіричною основою дослідження є статистичні звіти, рейтингові списки міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я, судова практика Європейського суду з прав людини, політико-правова публіцистика, аналітичні матеріали, результати опитувань, довідкові видання та інтернет-ресурси.

**Наукова новизна одержаних результатів** визначається тим, що в дисертації комплексно, з використанням методів наукового пізнання, врахуванням сучасних досягнень юридичної теорії і практики визначено сутність та розкрито особливості адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. У результаті проведеного наукового дослідження сформульовано низку концептуально нових положень і висновків, що характеризуються науковою новизною:

*вперше:*

– сформовано систему принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я як структуру, утворену єдністю розташованих у закономірності відокремлених принципів, поєднання яких створює підґрунтя для всебічного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;

– запропоновано типологізацію моделей забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, відповідно до якої виокремлено базову, опціональну й абсолютну моделі, наведено їх переваги та недоліки;

– визначено напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, що відображають усі компоненти цього права як складноутвореної категорії, реалізація якого має забезпечуватися засобами адміністративного права;

– визначено форми взаємодії Верховної Ради з Президентом України у сфері охорони здоров'я щодо таких процедур: законотворчість; формування органів управління у сфері охорони здоров'я; дострокове припинення повноважень Верховної Ради або Президента; комплексна реалізація контрольних повноважень; уведення правового режиму надзвичайного стану, підставою якого може бути загроза здоров'ю населення, тощо;

– доведено необхідність уведення інституту омбудсмена з охорони здоров'я, тобто посадової особи, на яку Кабінетом Міністрів України покладено виконання завдань із захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, з конкретизацією порядку його функціонування;

– визначено переваги запровадження системи управління якістю закладу охорони здоров'я: поліпшення його загальної дієвості та забезпечення міцної основи для ініціатив щодо сталого розвитку; покращення якості медичних послуг; конкурентоспроможність на внутрішньому та зовнішніх ринках; можливість надання платних медичних послуг за світовими цінами; налагодження співпраці із закордонними партнерами, зокрема щодо отримання інвестицій; забезпечення прозорості управління діяльністю закладу охорони здоров'я; запровадження механізму постійного покращення системи управління якістю закладу охорони здоров'я та підвищення ефективності роботи працівників на всіх рівнях;

– обґрунтовано доцільність створення Національної технічної консультативної групи з питань імунізації та ухвалення Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2021–2027 роки»;

– визначено напрями вдосконалення адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я: 1) виокремлення окремої глави в КУпАП, присвяченої правопорушенням у сфері охорони здоров'я; 2) ухвалення Медичного кодексу України; 3) доповнення КУпАП новими нормами, що встановлюють відповідальність за здійснення медичної практики, приватної фармацевтичної діяльності, за недостовірну рекламу медичних послуг, за ухилення від медичного обстеження і лікування осіб, які перебувають у контакті з ВІЛ-інфікованими, хворими на СНІД, туберкульоз, а також осіб, які вживають наркотичні або психотропні речовини без призначення лікаря;

*удосконалено:*

– наукову позицію стосовно того, що адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є системою дій уповноважених суб'єктів, яка передбачає цілеспрямований вплив на стан забезпечення реалізації права на охорону здоров'я за допомогою норм права, засобів, форм і методів адміністративно-правового впливу;

– класифікацію функцій адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, в основу якої покладено організаційний і регулюючий компоненти;

– уявлення про конституційні засади реалізації права людини на охорону здоров'я та умови їх адміністративно-правового забезпечення, до яких віднесено комплекс адміністративно-правових актів, які забезпечують дієвість проголошених у Конституції України положень;

– систематизацію повноважень Міністерства охорони здоров'я України та їх класифікацію за такими критеріями: залежно від сфери реалізації повноважень; залежно від функцій, на реалізацію яких спрямовано повноваження; залежно від змісту повноважень; залежно від взаємодії з іншими суб'єктами медичної галузі;

– визначення правового статусу центральних органів виконавчої влади та обсягу їх повноважень щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, зокрема Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Національної служби здоров'я України та інших суб'єктів владних повноважень (медичних закладів, забезпечення охорони здоров'я для яких не є основним видом діяльності);

– визначення поняття закладу охорони здоров'я як суб'єкта будь-якої форми власності та організаційно-правової форми діяльності (його відокремленого підрозділу), який забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;



– визначення поняття адміністративного проступку у сфері охорони здоров'я як суспільно шкідливого, протиправного, винного (умисного або необережного) діяння, яке посягає на індивідуальне та/або громадське здоров'я і за яке чинним законодавством передбачено адміністративну відповідальність;

*дістали подальшого розвитку:*

– положення, що базовим методом для пізнання адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є аксіологічний метод, який дозволяє виявити значущість адміністративно-правового забезпечення, системні проблеми у формуванні сучасних цінностей охорони здоров'я, сформулювати пропозиції щодо їх урахування під час подальшого проведення медичної реформи, управління системою охорони здоров'я;

– уявлення про сутність права на охорону здоров'я як складноутвореної категорії, зміст якої визначає напрями забезпечення реалізації цього права;

– доцільність ухвалення Закону України «Про децентралізацію системи охорони здоров'я в Україні», в якому запропоновано перебачити положення про загальнообов'язкове медичне страхування (в перспективі – ввести цільовий «медичний податок»), а також необхідність збереження принципу безоплатного надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я на засадах рівності та недопущення дискримінації;

– обґрунтування необхідності розробки й ухвалення Медичного кодексу України як базового кодифікованого законодавчого акта, який має поєднати ключові інститути медичного права;

– визначення перспектив розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я шляхом виокремлення критеріїв, спрямованих на вирішення проблем реалізації індивідуального та громадського здоров'я;

– обґрунтування необхідності оптимізації діяльності Міністерства охорони здоров'я України, перегляду його функцій, розмежування повноважень між структурними підрозділами, зокрема щодо здійснення контролю та нагляду;

– дослідження особливої природи функцій місцевого самоврядування, які характеризуються автономністю у вирішенні питань громади і пов'язані з реалізацією народовладдя; наголошено на їх відмежуванні від функцій державних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я;

– доцільність узагальнення судової практики в медичних справах та її узгодження із правовими позиціями Європейського суду з прав людини;

– пропозиції щодо визначення критеріїв відбору громадських об'єднань (організацій) з їх подальшим включенням до переліку суб'єктів здійснення контролю за якістю медичної допомоги, до яких віднесено: обов'язкову реєстрацію у встановленому законом порядку; зазначення у статутних документах напряму діяльності (сфера охорони здоров'я); встановлення строку дії такого об'єднання (організації) не менше 5 років;

– визначення поняття адміністративно-правових засобів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я як сукупності прийомів і способів діяльності суб'єктів медичних правовідносин, урегульованих нормами адміністративного права, що застосовуються з метою реалізації права на охорону здоров'я;

– пропозиції щодо внесення змін до Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками щодо конкретизації її контрольних повноважень.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що їх може бути використано:

– в науково-дослідній сфері – як основа для подальших досліджень і вирішення теоретико-правових питань, пов'язаних з удосконаленням правового

забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження у науково-дослідну діяльність Науково-дослідного інституту публічного права від 14.10.2020);

– у правотворчій сфері – під час розробки і вдосконалення нормативно-правових актів з питань наближення вітчизняних стандартів забезпечення прав людини до рівня їх забезпечення в державах – членах ЄС;

– у правозастосовній сфері – для вдосконалення практичної діяльності суб'єктів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження в практичну діяльність Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» від 21.09.2020);

– в освітньому процесі – під час підготовки підручників і навчальних посібників з дисциплін «Адміністративне право», «Медичне право», а також на курсах підвищення кваліфікації медичних працівників та осіб, які є представниками органів виконавчої влади і місцевого самоврядування, що забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я (акт впровадження результатів дисертаційного дослідження в освітній процес Академії праці, соціальних відносин і туризму від 01.09.2020).

**Особистий внесок здобувача.** Усі наукові положення, висновки та пропозиції, що виносяться на захист, ґрунтуються на власних дослідженнях. Наукові положення, що належать співавторам публікацій за темою дисертації, використано з посиланнями. В опублікованих у співавторстві наукових працях обсяг авторства становить не менше 65 %.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дослідження оприлюднено дисертантом на таких міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я» (м. Київ, 21 берез. 2018 р.); «Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я» (м. Київ, 20 берез. 2019 р.); «Правова доктрина, правоутворення та правозастосування:

проблеми зв'язку та шляхи розвитку (м. Харків, 11 жовт. 2019 р.); «Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку» (м. Харків, 6–7 березня 2020 р.); «Правова система України» (м. Запоріжжя, 27–28 берез. 2020 р.); «Актуальні проблеми сучасної науки» (м. Вінниця, 6 квіт. 2020 р.); «Актуальні питання економіки, фінансів, обліку і права в сучасних умовах» (м. Полтава, 16 квітня 2020 р.); «Міжнародні та національні правові виміри забезпечення стабільності» (м. Львів, 17–18 квітня 2020 р.); «Сучасні виклики та проблеми науки (м. Луцьк, 20 квітня 2020 р.); «Економіко-правові дискусії» (м. Кропивницький, 30 квіт. 2020 р.) «Травневі правові читання» (м. Черкаси, 07 трав. 2020 р.); «Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених» (м. Харків, 15 трав. 2020 р.); «Сучасний розвиток державотворення та правотворення в Україні: проблеми теорії та практики» (м. Маріуполь, 19 трав. 2020 р.); «Шляхи реформування юридичних наук у європейський простір: теоретико-практичний аспект» (м. Херсон, 19 трав. 2020 р.); «Реформування правової системи в контексті євроінтеграційних процесів» (м. Суми, 21–22 трав. 2020 р.).

**Публікації.** Основні положення та висновки дисертації викладено у 38 наукових публікаціях, серед яких 1 одноосібна монографія, 1 колективна монографія, 20 статей, опублікованих у наукових фахових виданнях України, серед яких 18 – у журналах, включених до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus International (Республіка Польща), 1 стаття – у науковому періодичному виданні іншої держави, яка індексується в міжнародній наукометричній базі даних Scopus) та 15 тез наукових повідомлень на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається з основної частини (вступ, п'ять розділів, які включають сімнадцять підрозділів, висновків), списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 565 сторінок. Список використаних джерел налічує 758 найменувань на 85 сторінках, додатки викладено на 27 сторінках.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРИТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1. Науково-методологічні підходи до вирішення проблем, пов'язаних із правовим забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я**

Дослідження будь-якої наукової проблематики потребує обрання філософських, спеціальних та конкретних методів пізнання. Такий підхід дає змогу отримати обґрунтовані висновки та нові наукові положення. Сучасні методи дослідження спрямовані на отримання більш ґрунтовних та повних результатів, оскільки в науковій сфері вже достатньо накопилось знань, а відносини, що виникають, стають все більш складними для однотипного тлумачення. Для визначення особливостей предмета пізнання необхідно мати цілісний погляд на його структуру, властивості, додаткові характеристики, ретроспективу появи та існування. При цьому цілком допустимо і проведення синтезу відповідного явища з метою виявлення окремих частин загального. У сучасному світі особливу увагу приділено і ціннісному підходу, оскільки людина вже сприймає свої права, інтереси через відповідну систему цінностей, що також треба враховувати у наукових роботах. Тому будь-яке комплексне дисертаційне дослідження потребує виявлення власних методів пізнання предмета дисертаційної роботи.

Окремої уваги вимагають методологічні підходи до вирішення проблем, пов'язаних із правовим забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я. Таке положення є цілком природнім, оскільки у ст. 3 Конституції України закріплено, що людина, її життя і здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, положення ч. 2 ст. 27 Основного Закону відносять захист

здоров'я до фундаментального права на життя, а у ст. 49 – визначено право кожної людини на охорону здоров'я [168]. Наведене підкреслює, що охорона здоров'я виступає і як благо, предмет прав людини, і як найвища соціальна цінність, а отже, це потребує застосування системи різних методів пізнання предмета цього наукового дослідження.

Для виявлення оптимальних методів дослідження вирішення проблем, пов'язаних із правовим забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я, на початковому етапі пошуку необхідно звернутися до характеристики загального поняття – методології та методології права (правознавства, юридичної науки). У тлумачних словниках визначено, що методологія – це: 1) вчення про науковий метод пізнання й перетворення світу, його філософська, теоретична основа; 2) сукупність прийомів дослідження, що застосовуються в будь-якій науці відповідно до специфіки об'єкта її пізнання [228]. Лінгвістичне тлумачення цього терміну призводить до утворення у наукових колах вузького та широкого підходу до методології. Зокрема вузький підхід співвідносить методологію до сукупності методів, тоді як широкий – визначає її і як самостійну науку, і як сукупність наукових методів дослідження. Отже, проаналізуємо позиції дослідників щодо розуміння методології та з'ясуємо їх погляди на цей феномен.

На думку І. Т. Корогодіна, методологія – це сукупність методів наукового пізнання, застосовуваних у розкритті сутнісних основ, способів і підходів до предмета дослідження, вона також включає вчення про предмет, цілі та завдання дослідження тієї чи іншої категорії [172, с. 34]. Дещо по іншому до методології ставиться В. П. Кохановський, вказуючи, що методологія представляє собою складну діалектичну, цілісну систему способів, прийомів, принципів, сфер дії, спрямованості, евристичних можливостей, змістів, структур та інших елементів [182, с. 59]. Зі свого боку А. Є. Конверський зазначає, що: «Методологія – це тип раціонально-рефлексивної свідомості, спрямований на вивчення, удосконалення і конструювання методів». Крім того,

на думку вченого, «поняття «методологія» має два основних значення: по-перше, це – система певних правил, принципів і операцій, що застосовуються у тій чи іншій сфері діяльності (в науці, політиці, мистецтві тощо); по-друге, це – вчення про цю систему, загальна теорія метода» [273, с. 25]. В. Є. Юринець наголошує, що «під методологією наукового дослідження розуміють сукупність принципів, засобів, методів і форм організації та проведення наукового пізнання поставленої проблеми» [585, с. 13]. Як стверджує Н. М. Краус, методологію можна розглядати у різних аспектах, зокрема як науку про структуру, логічну організацію, засоби і методи діяльності взагалі та як певну систему основоположних ідей [185, с. 58].

Аналізуючи різні підходи до визначення методології слід зазначити, що у наукових роботах не існує єдиного підходу до цього складного поняття. Вважаємо, що методологія, як загальнонаукова категорія, повинна розглядатися з точки зору найбільш широкого підходу. Вона може визначатися як: 1) наука про способи, принципи, теоретичні підходи про методи пізнання; 2) сукупність приймів, засобів, принципів, методів дослідження; 3) структурно-логічне явище, що дозволяє обирати найбільш повні засоби наукового дослідження.

Методологія як загальна наукова дефініція може деталізуватися щодо конкретних наукових знань. Так, це можна простежити у сфері юриспруденції, в якій вчені окремо виділяють методологію юридичної науки (права, правознавства). Як наслідок, при визначенні методологічних підходів до предмета дослідження правознавці звертаються до виявлення цієї спеціальної методології.

Глибина теоретичного осмислення правових явищ значною мірою залежить від методологічної оснащеності дослідження, оволодіння великим спектром методів вивчення явищ навколишньої дійсності, пошуку адекватних суті явищ прийомів і методів дослідження [271, с. 5]. Тому для виявлення методологічних підходів до державно-правових понять використовують

методологію юридичної науки, яка сформована дослідниками теорії права. Вона виступає самостійною науковою дефініцією, а її застосування спрощує науковий пошук.

Найбільш відома позиція щодо методології юридичної науки розроблена М. С. Кельманом. Вчений вказує, що методологія правознавства є системою принципів, способів організації теоретико-пізнавальною діяльністю державно-правових явищ [141, с. 35]. І. М. Жаровська підкреслює, що «методологія юриспруденції – результат дискурсу, в межах якого здійснюється процес взаємодії різноманітних когнітивних стратегій осягнення права, визначаються фундаментальні методологічні засади його пізнання. Вона є єдністю трьох взаємозалежних частин – доктринально-ідеологічної, стратегічної та інструментальної» [112, с. 139]. На думку А. О. Фальковського, «сучасна методологія юриспруденції загалом, як єдність доктринально-ідеологічної, стратегічної і інструментальної частин, не є нейтральною щодо цінностей, які закладаються в основу образу права» [553, с. 10]. Узагальнюючи різні позиції дослідників щодо методології юридичної науки слід зазначити таке. По-перше, серед правознавців так і не виявлено співвідношення таких понять як «методологія права», «методологія правознавства», «методологія юридичної науки». По-друге, є два підходи до методології юридичної науки: як до системи методів та як до філософської категорії, що дозволяє осягнути відповідне правове явище. Можна запропонувати, що методологія юридичної науки є тотожним поняттям методології права та правознавства. Вона дає змогу сформулювати систему підходів, методів для пізнання відповідного правового явища. Крім того, методологія юридичної науки є окремою науковою дисципліною.

Методологія юридичної науки дозволяє формувати методологічні підходи до відповідних наукових проблем. Одним із напрямів методології є питання наукового пізнання адміністративно-правового забезпечення реалізації права на



охорону здоров'я. Методологія адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я визначає систему підходів та методів, які є інструментарієм повного, обґрунтованого дослідження означеної тематики. При цьому внаслідок того, що охорона здоров'я базується на системі знань різних наук, які поєднуються щодо однієї цінності, методологія буде досягати широкі методи, включаючи фундаментальний діалектичний, формально-юридичний метод та комплексний метод. Ці методологічні підходи дозволяють здійснити організацію наукового дослідження. Тобто методологія виконує пізнавальну, організаційну та структурну функцію.

Пізнання наукового дослідження відбувається за допомогою застосування відповідних методів. Слід зазначити, що поняття методу дослідження є одним із спірних визначень, які вивчаються на теренах національної науки. Слушною позицією щодо визначення методу є підхід О. Г. Данильяна і О. П. Дзьобаня, котрі під методом розуміють сукупність принципів, прийомів, правил, вимог пізнавальної й практичної діяльності, обумовлених природою й закономірностями досліджуваного об'єкта, якими необхідно керуватися в процесі пізнання [78, с. 242]. У методі об'єднані суб'єктивні та об'єктивні аспекти пізнання [226, с. 37], що дозволяє отримати істину відносно предмета дослідження. Застосування загальних, спеціальних та конкретно-наукових методів дає змогу визначити логіку пізнання, встановити його раціональний шлях [523, с. 5–6]. Методи наукового дослідження формуються стосовно кожної науки окремо, визначаючи спеціальні методи, що можуть пронизувати будь-який науковий пошук. Так відбувається і щодо юридичних наук.

Слід підкреслити, що в наукових працях вчених поняття «методологічний підхід» та «метод», незважаючи на деяку їх тотожність, визначаються по-різному. Зокрема, П. М. Рабінович виділяє матеріалістичний, ідеалістичний, діалектичний, метафізичний та методологічні підходи, загальнонаукові, групові та спеціальні методи, а також засоби науково-юридичного дослідження

(емпіричні та теоретичні) [461, с. 215]. За лінгвістичним тлумаченням підхід – це сукупність способів, прийомів розгляду чого-небудь, впливу на кого-, що-небудь, ставлення до кого-, чого-небудь [293], а метод – це спосіб пізнання явищ природи та суспільного життя, прийом або система прийомів, що застосовується в будь-якій галузі діяльності (науці, виробництві тощо) [228]. Отже, методологічний підхід – це сукупність прийомів, засобів пізнання, а метод – це конкретний спосіб, прийом пізнання. Виходячи з цього, підхід є більш широкою категорією, що охоплює декілька різних прийомів та засобів. У науковому пізнанні адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я методологічні підходи та методи у дисертації будуть розглядатися як схожі дефініції, що дають змогу пізнавати предмет дослідження.

В юридичній науці склались такі позиції щодо методів. С. І. Максимов слушно доводить, що у методології правознавства існують такі групи методів: філософський, загальнонауковий та спеціально-юридичний [554, с. 25]. Усі названі групи методів, безумовно, необхідні для проведення повноцінного, всебічного, завершеного державно-правового дослідження. Кожна з цих груп може знадобитися на якомусь етапі дослідження. Тому через це методологія має бути множинною та плюралістичною [32, с. 149]. Ця система методів властива для будь-якого наукового дослідження, але залежно від його предмета перевага надається тому чи іншому методу. Різний підхід до методів обумовлений і тим, що пізнання адміністративно-правових категорій з використанням традиційних для юридичної науки методів не може гарантувати повноту та істинність наукового пошуку. Відповідно, постає необхідність визначати методологію дослідження щодо кожної нової наукової проблематики.

Варто зазначити, що наведені методи уточнюються залежно від сфери дослідження. При цьому вони вказують на рівні пізнання наукової дійсності та дають змогу всебічно виявити предмет наукової роботи, дати йому

характеристику. Так, на рівні адміністративного права методи визначаються залежно від мети дослідження з урахуванням змісту об'єкта і предмета пізнання. Тому методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я складають систему філософських, загальнонаукових та спеціальних прийомів і засобів [247, с. 104].

Відомо, що основу обґрунтованої наукової роботи становлять філософські методи, які представляють систему принципів, операцій, прийомів та мають універсальний характер [273, с. 27]. Універсальність методів філософії щодо правових явищ обумовлена тим, що сама по собі філософія права є узагальненою методологією, яка дозволяє досліджувати правову реальність на рівні сутності [318, с. 99]. Вони дають змогу розглянути правові явища у різних аспектах з визначенням природи матеріального світу або досягати доцільного абстрагування та складаються з діалектичного, ідеалістичного, аналітичного, герменевтичного та інших методів. Їх значення для пізнання правових явищ обґрунтовано доводить П. М. Рабінович, вказуючи, що ці методи дозволяють сформулювати стратегію дослідження [460, с. 126]. Наведене підкреслює значення існуючих здобутків філософії для пізнання навколишнього світу. Вони опираються на закони об'єктивної дійсності та їх критичний аналіз.

Застосування філософських методів обумовлено їх універсальністю та можливістю використання різними науками. Традиційно виокремлюють діалектичний і метафізичний філософський методи. Ці методи базуються на виявленні зв'язків між предметами у світі, що дозволяє більш повно дослідити предмет дослідження. До основних принципів метафізичного методу пізнання у праві, що зовні начебто протилежні діалектичним, відносяться принципи абсолютного спокою (нерухомості), абсолютної ізоляції (вакууму), зовнішнього поштовху як причини всього існуючого [19, с. 264]. Тобто завдяки метафізиці правові явища визначаються в абсолютному спокої, без змін, що існують на час дослідження. У разі застосування метафізики пізнання адміністративно-

правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дає змогу виявити стан сучасної генези цього правового феномена.

Одним із найбільш поширених філософських методів є метод діалектичного пізнання, який дозволяє сформулювати знання про об'єкт через систему його природного розвитку та утворення поглядів на його зміст. Визначальна риса діалектичного методу пізнання є всезагальність, тобто дозволяє його застосування в усіх без винятку науках; він слугує засобом пошуку нових результатів, методом руху від вже відомого до ще невідомого, нового [298, с. 51]. Саме тому цей метод є одним із поширених у дослідженнях адміністративного права. За його допомогою можливо обґрунтувати основні поняття, пов'язані з адміністративно-правовим забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я у контексті їх утворення, функціонування, становлення та взаємозв'язку [247, с. 104].

Останнім часом активно розвиваються й інші філософські методи дослідження, зокрема герменевтичний метод. Він представляє собою систему засобів щодо тлумачення й інтерпретації текстів будь-яких нормативних актів, монографій, інших наукових праць, завдяки чому є своєрідним посередником між нормою та конкретними життєвими ситуаціями, щодо яких застосовують ці норми [44, с. 62]. Тлумачення та інтерпретація нормативно-правових актів, їх взаємозв'язок із суспільним життям є необхідним елементом повноти пізнання правового об'єкта, що досліджується. Герменевтичний метод також дає змогу уникати прийняття подвійних нормативних актів, правильно застосовувати закон у судовій та правоохоронній сферах, зокрема у сфері адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Прикладом цього методу є тлумачення юристами нормативних актів щодо введення карантину з приводу COVID-19. Йдеться про зміни до КУпАП, а саме про уведення в дію ст. 44-3, яка є бланкетною нормою, тобто відсилає до нормативно-правових актів, які регулюють правила поведінки людей під час карантину, санітарно-

гігієнічних, санітарно-протиепідемічних правил і норм та є обов'язковими для виконання [174]. Враховуючи наведене, герменевтичний метод може стати спеціальним методом дослідження, оскільки дозволяє виявити інтерпретації нормативних актів з урахуванням предметної сфери наукового пізнання. Завдяки йому можна виявити елементи охорони здоров'я серед інших нормативних актів, які не відносяться до адміністративного законодавства у сфері медицини та фармації.

Підкреслимо, що будь-яке наукове дослідження починається з постановки наукової проблеми, визначення об'єкта і предмета дослідження, а також підбору адекватного обраному предмету набору дослідницьких методів [227, с. 6]. Від використання методів пізнання правової матерії, їх взаємодоповнюваності залежить достовірність результату дослідження. При цьому при співвідношенні методів обов'язково виокремлюється декілька методів, що найбільш повно дають змогу розкрити зміст предмета дослідження. Так, при виборі методів дослідження у сфері адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я перевага буде надаватися тим методам, що забезпечують осмислення проблематики охорони здоров'я. Тому цілком логічно серед різних методів виділяти аксіологічний метод, який дозволяє виявити цінності у предметі дослідження, їх значення для суспільства.

Цей метод дозволяє обґрунтувати цінність об'єкта дослідження. За допомогою аксіології можна вирішити чи варто пізнавати світ і змінювати його, чи варто взагалі жити, що саме людина може одержувати від світу і на що вона може сподіватися [58, с. 9]. Також він дозволяє виявити взаємозв'язок охорони здоров'я із суспільством та державою через категорію цінності, на охорону якої спрямоване право.

Однією з цінностей є здоров'я людини, що закріплено у ст. 49 Конституції України [168]. У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» термін здоров'я визначається як «стан повного фізичного, психічного

і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хворіб і фізичних вад» [272]. Цінності у праві мають відмінність від філософських цінностей, зокрема цінність має об'єктивну нормативну форму, вона визначається у нормі права та пов'язана із свободою, справедливістю. Варто підкреслити, що цінності можуть входити у поняття «блага» у правовому розумінні. Зокрема, серед нематеріальних благ і цінностей виокремлюють: особисті немайнові блага (життя, здоров'я); послуги (результати у сфері охорони здоров'я); результати наукової, творчої діяльності; загально соціальні блага і цінності (національна безпека тощо) [187, с. 433].

В основу громадського здоров'я та здоров'я людини покладено термін благополуччя, що підкреслює цінність здоров'я для держави та суспільства. Отже, адміністративно-правове забезпечення охорони здоров'я спрямоване не лише на охорону здоров'я окремої людини, а й на охорону громадського здоров'я, що є певним станом суспільства, який визначає рівень його спроможності щодо реалізації біологічних та соціальних функцій, які забезпечують життєдіяльність громадян, а тому є умовою національної безпеки держави [144, с. 108]. Статус цінностей у праві можуть набувати різні факти, явища матеріального та ідеального характеру: матеріальні предмети, блага, суспільні відносини, людські вчинки, вольові феномени, що є базисом права й правопорядку. Вони породжують в якості обґрунтування конкретні норми права, закріплюються та охороняються правовими нормами, становлять ціль права і його інститути [117, с. 176–177].

Особливість права на охорону здоров'я полягає у тому, що воно діє безстроково, не має економічного змісту, належить людині від народження. Якщо «здоров'я» як немайнове благо повинно охоплюватись наявним соматичним та психічним станом життєдіяльності організму, який визначається системою якісних та кількісних медичних показників [515, с. 159], то основним об'єктом управління сферою охорони здоров'я є стан населення, передусім його

чисельність, віковий та статевий склад, показники народжуваності й смертності [86, с. 10]. Завдяки застосуванню аксіологічного методу дослідження до адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я з'являється можливість виокремлювати такі цінності у цій сфері: здоров'я окремої людини, громадське здоров'я, результат управлінської діяльності щодо реалізації права на охорону здоров'я. Тому метод аксіології у сфері адміністративно-правової охорони права на здоров'я дає змогу окреслити головне явище (більш цінніше) у вигляді блага від сукупних, додаткових категорій [247, с. 105].

Виокремлення різних цінностей у сфері охорони здоров'я не повинно призводити до їх розмежування, оскільки адміністративно-правовий вплив є єдиною системою засобів впливу як на здоров'я окремої людини, так і на громадське здоров'я. Реалізація охорони цих цінностей повинна відображати не лише реальний стан, що склався в медичній сфері внаслідок проведення медичної реформи, а і мати вплив на утворення нових нормативних актів. Під час цієї реформи утворюється нова система управління охорони здоров'ям, що також потребує оцінки через визначення головної цінності – охорони здоров'я людини та суспільства. Саме виокремлення цих цінностей дає змогу відмежувати правовідносини з надання медичних послуг від адміністративних правовідносин управління охороною здоров'я, які спрямовані на охорону цінностей, пов'язаних з управлінням.

Цінності адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я мають прив'язку і до духовних, етичних цінностей. Тому при дослідженні охорони здоров'я доречно виокремлювати як цінності, що входять до предмета дослідження (прямі цінності), так і цінності, з якими у них є зв'язок (додаткові цінності). Визначення всіх можливих цінностей у предметі дослідження дозволить більш повно та об'єктивно охарактеризувати предмет

дослідження і визначити напрями вдосконалення законодавства в означеній сфері.

Узагальнюючи наведене, слід підкреслити необхідність застосування аксіологічного методу дослідженні у наукових юридичних науках. Застосування аксіологічного методу до дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дозволяє виявити системні проблеми при формуванні цінностей, надати пропозиції щодо їх врахування при подальшому проведенні медичної реформи та управлінні охороною здоров'я тощо [244, с. 47].

Виокремлюючи базові методи слід звернути увагу й на інші поширені методи наукового адміністративно-правового забезпечення певного правового явища. Правова діяльність, яка виступає предметом більшості досліджень у сфері адміністративного права, вимагає застосування соціологічних методів дослідження (спостереження, інтерв'ювання, опитування та ін.). Саме ці методи дають змогу виявити реалії фактичного буття та застосувати більш повноцінний вплив на суспільство через систему дій органів державної влади. Спостереження як метод юридичного дослідження передбачає збір первинної та подальшої інформації про досліджуваний об'єкт шляхом цілеспрямованого, організованого, безпосереднього сприйняття та прямої фіксації спостережуваних явищ і процесів, які можна вести безпосередньо – будучи присутнім при проведенні певної ситуації або опосередковано – шляхом ознайомлення з документами, складеними при проведенні даного заходу (стенограми, протоколи тощо) [98, с. 7]. Інтерв'ювання, опитування дозволяють безпосередньо виявити проблематику, яку необхідно розв'язати у відповідному юридичному дослідженні. Сукупність соціологічних методів дослідження дозволяють отримати практичні знання про стан реалізації права на охорону здоров'я, завдяки чому дослідник має змогу запропонувати механізми щодо подолання виявлених проблем.



Соціологічний метод також дозволяє виявити фактичний стан досліджуваної проблематики та виявити напрями розвитку відповідних суспільних відносин. Крім того, він дає змогу більш детально характеризувати виникаючі спори з приводу предмета наукової роботи.

Одним із методів, що дозволяє встановити нестабільність функціонування відповідних правовідносин, є синергетичний метод. Він базується на синергетичному тлумаченні світу про те, що більшість систем, які існують у природі, належать до систем відкритого типу. Між ними постійно відбувається обмін енергією, а тому для них характерними є постійна мінливість і схоластичність [569, с. 333]. З точки зору цього методу адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є системою самоорганізації взаємопов'язаних елементів, які існують в окремій системі, що може бути у стабільному або нестабільному стані. Цей метод доцільно застосовувати для виявлення правовідносин, які виникли при введенні карантинних заходів, що призвели до виникнення нестабільності функціонування адміністративних відносин, зокрема у сфері охорони здоров'я. Крім того, застосування цього методу дає змогу об'єднувати елементи різних наукових знань, що виникли стосовно предмета дослідження, зокрема права, медицини, фармації.

Близькими до філософських методів пізнання є загальнонаукові методи. Серед цих методів завжди використовуються аналіз та синтез, історичний метод та ін. За допомогою аналізу відбувається механічний поділ, визначення динамічного складу, виявлення форм взаємодії частин цілого, знаходження причин явищ, виявлення рівнів знання і його структури [78, с. 271]. Розкладання певного правового явища на логічно-побудовані елементи дозволяє з'ясувати сутність об'єкта дослідження. За допомогою цього методу можна виявити правовідносини у системі адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, виокремити їх та встановити особливості правового режиму. Також можливе застосування методу системного аналізу, що повинно

обґрунтовуватися не наявністю системних властивостей у явища, які завжди існують, а тими функціональними й евристичними можливостями, що з'являються при розгляді явища як системи [98, с. 10]. Наприклад, завдяки застосуванню В. І. Теремецьким (у співавторстві з іншими науковцями) в одній із своїх наукових публікацій системного аналізу досвіду різних держав світу щодо правового регулювання системи охорони здоров'я, було визначено основні заходи для запровадження оптимальної моделі організації системи охорони здоров'я в Україні [749, с. 714–715].

Метод аналізу дає змогу отримати загальне уявлення про адміністративно-праве забезпечення реалізації права на охорону здоров'я як за допомогою збору наукового матеріалу, статичної інформації, так і виявлення нормативних актів, що регулюють ці відносини. Він використовується для виявлення різних позицій науковців або конкретних справ у судовій практиці. Без застосування цього методу складно уявити відповідне наукове дослідження.

Після застосування аналізу дослідники звертаються до методу синтезу. Синтезом (греч. *synthesis* — з'єднання, складання, сполучення) називається такий метод дослідження, завдяки якому відбувається з'єднання складених елементів досліджуваного предмета та його властивостей, розділених у результаті аналізу, установлення їхньої взаємодії і зв'язків та вивчення разом предмета або класу предметів як єдиного цілого [155, с. 44]. Цей метод дає змогу поєднувати елементи після роз'єднання з урахуванням їх правової природи. При цьому синтез можна застосовувати до різних об'єктів з метою встановлення можливості їх єдиного функціонування. Під час адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я синтез дозволяє об'єднувати приватні та публічні засади правового регулювання сфери охорони здоров'я, розглядати систему охорони здоров'я з урахуванням публічних і приватних інтересів у їх поєднанні. Зокрема, таке поєднання простежується у

правовідносинах самоізоляції особи в умовах карантину, що потребує синтетичного підходу до пізнання цього правового явища.

Саме за допомогою методу синтезу відбувається узагальнення судової практики, встановлюються схожість думок різних дослідників, утворюються стратегії щодо застосування єдиного підходу для подолання певних явищ у суспільстві. Методи аналізу та синтезу можна охарактеризувати як базові методи, що дають змогу здійснити пізнання адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Одним із поширених методів дослідження в юридичній науці є історичний метод. Звернення дослідників до цього методу обумовлено тим, що він дозволяє простежити як процес утворення предмета дослідження, так і етапи його поступового виникнення й розвитку. Такий підхід дає змогу встановити існуючі прогалини законодавства тощо. За допомогою історичного методу можна виявити ретроспективу адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Урахування вже сформованого досвіду дозволяє не допускати хибних помилок у сфері правового регулювання охорони здоров'я або навпаки підтримати виявлений позитивний досвід у цьому напрямі. Тому історичний метод доцільно застосовувати для виокремлення етапів генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Наприклад, у статті В. І. Теремецького (у співавторстві з іншими науковцями) вказано, що застосування історичного методу дало можливість проаналізувати ретроспективу правового забезпечення трансплантації, виявити помилки (недоліки) і з'ясувати досягнення як в теорії, так і в практичній діяльності медичних установ у сфері трансплантації [527, с. 147].

Пізнання медичної реформи, адміністративно-правового реагування поширення коронавірусної хвороби (COVID-19), адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я повинні відбуватися і за допомогою порівняльно-правового методу. Цей метод дозволяє з'ясувати стан

національного, європейського, американського законодавства, проаналізувати досвід у сфері охорони здоров'я та отримати знання про найбільш вдалий спосіб правового регулювання і побудови відповідних правовідносин. Порівняння різного правового регулювання є завжди позитивним для будь-якого дослідження, оскільки це дає змогу проводити необхідну гармонізацію, адаптацію українського законодавства з європейським та з існуючими стандартами забезпечення права на охорону здоров'я, встановленими ООН. Удосконалення законодавства повинно здійснюватися лише після обґрунтованого дослідження з урахуванням знань, отриманих за допомогою порівняльно-правового методу. Як приклад, можна навести працю В. І. Теремецького (у співавторстві з іншими науковцями), де він вказує, що «використаний порівняльно-правовий метод дозволив виявити недосконалість чинного законодавства України при укладенні декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, а також проаналізувати процеси реформування сфери охорони здоров'я в зарубіжних країнах і зробити висновок про необхідність використання позитивного досвіду Великобританії» [528, с. 155].

Будь-яке пізнання правової дійсності відбувається із застосуванням конкретно-наукових методів (спеціальних), які складаються із формально-юридичного (нормативно-догматичного) та логіко-юридичного методів [78, с. 288–292]. Формально-юридичний метод є спеціальним методом юридичної науки, що дозволяє проводити дослідження поза взаємозв'язками з іншими суспільними інститутами [140, с. 11]. За допомогою цього методу можна виявити внутрішній зміст явища та здійснити його співвідношення з правовою нормою у межах логіки законодавчої побудови без урахування інших чинників об'єктивного буття, зокрема поза економікою та політикою. Тобто, це метод пізнання «чистого» утворення майбутнього правового явища, починаючи від його виникнення до тлумачення та закріплення у відповідній правовій нормі.

При цьому властивості правового явища впливають і на обрання юридичної техніки, тобто мають зв'язок із законотворчістю. Отже, формально-юридичний та логіко-юридичний метод дозволяють виявити особливості адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я як правового феномену з урахуванням його значення для розвитку медичних та адміністративних відносин.

Необхідним для пізнання будь-якого правового феномену є застосування структурно-системного та структурно-логічного методів. Ці методи дозволяють встановити внутрішню структуру предмета дослідження, побудову логічних зв'язків між різними його елементами. Саме ці методи покладені у будь-яку запропоновану класифікацію відповідного поняття.

Основоположним методом пізнання юридичної дійсності є статистичний метод або метод судової статистики. Використання цього методу дає змогу сформулювати уявлення про якість правозастосування, існуючі проблеми у судовій, правоохоронній практиці, державному управлінні. Цей метод обов'язково необхідно застосовувати у дослідженні адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, оскільки він дає об'єктивне, істинне уявлення про стан охорони здоров'я у державі, позитивні та негативні наслідки першого етапу медичної реформи.

Останнім часом одним із необхідних методів наукового пізнання у юриспруденції став прогностичний метод. Такий підхід обумовлений реалізацією норм Закону України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» [350]. Якість отриманого наукового результату може доводитись найбільш правильним прогнозуванням розвитку правовідносин, що складають предмет дослідження. Крім того, у сучасних реаліях на рівні економіки і права виникає нагальна необхідність проведення прогнозування правового явища, особливо, яке має велику суспільну цінність – здоров'я людини та громадське здоров'я. Метод

прогнозування має особливу актуальність для пізнання адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, оскільки він поєднує метод моделювання можливих наслідків певного правового регулювання та метод встановлення прогнозів можливих позитивних і негативних результатів правової регламентації. Майбутні прогнози забезпечення охорони здоров'я є необхідною складовою публічного управління. На науковому рівні цей метод дозволяє запропонувати перспективні напрями вдосконалення законодавства та розвитку наукових думок.

На підставі проведеного дослідження слід констатувати відсутність наукових робіт щодо вивчення методів дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Сучасними методами дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є сукупність філософських, загальнонаукових, конкретно-спеціальних методів, за допомогою яких відбувається процес пізнання адміністративного забезпечення права на охорону здоров'я в державі. Філософські методи пізнання застосовуються для виявлення базових категорій при проведенні дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, зокрема цінність здоров'я, співвідношення його розуміння із суспільними та державними інтересами. Загальнонаукові методи використовуються для визначення категоріального поняття, його елементів. Конкретно-спеціальні методи дослідження дають змогу повністю і всебічно дослідити адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я [247, с. 107].

## **1.2. Генезис адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Виникнення, становлення та розвиток будь-якого правового феномена потребує окремого наукового осмислення, оскільки це дозволяє більш повно обґрунтувати його правову природу. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я з'явилося не одразу. Воно має глибинні ретроспективні витoki, які проявилися з часу проголошення незалежності України у 1991 році. Зазначимо, що в юридичних джерелах вказуються і більш ранні етапи, зокрема з X століття, коли вперше у нормативному регулюванні виокремилася професія лікаря [68, с. 111]. Незважаючи на такий підхід, вважаємо за доцільне розглядати адміністративно-правове забезпечення з моменту отримання Україною своєї незалежності та суверенітету, адже з цього моменту виникають ринкові відносини, по новому формується система соціальних цінностей тощо. Зауважимо, що українська система охорони здоров'я знаходиться на стадії реформування. Підходи до її реалізації базуються на положеннях ст. 49 Конституції України [168] та на положеннях міжнародних актів, зокрема резолюції ВОЗ «Первинна медико-санітарна допомога, включаючи зміцнення систем охорони здоров'я» WHA62.12 від 22.05.2009 р. [286]. Одним із напрямів правової охорони здоров'я є адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Саме цей напрям, з одного боку, дозволяє сформувати систему державного управління охороною здоров'я, а з іншого – здійснювати повноваження відповідних державних органів, що збігаються із засобами реалізації права на охорону здоров'я. Для окреслення напрямів удосконалення адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я постає необхідність з'ясувати його сучасний стан і нагальну проблематику.

Методологічно адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я утворюється щодо права на охорону здоров'я. При цьому це право гарантується не кожною державою. Наприклад, США, на відміну від України, є однією з небагатьох розвинених країн світу, яка не гарантує своїм громадянам загального медичного страхування. Як наслідок, у США, серед країн Організації економічного співробітництва та розвитку, був третій за величиною показник смертності новонароджених (після Туреччини та Мексики). Проблеми реалізації права на охорону здоров'я існують практично в усіх державах. Так, у США менше 10 % пацієнтів чекають понад два місяці, щоб звернутися до медичного фахівця, проти 41 % в Канаді, 34 % Норвегії і 28 % у Франції [656]. Ситуація з приводу реалізації права на охорону здоров'я загострилась внаслідок поширення пандемії COVID-19, яка стала певною перевіркою якості системи охорони здоров'я у державах та реального стану реалізації права на охорону здоров'я. Існуючі факти мають бути враховані у подальшому проведенні української медичної реформи.

Про значення розвитку у державі механізмів реалізації права на охорону здоров'я вказують такі наукові твердження. Д. О. Гомон справедливо вказує, що стан здоров'я населення є інтегральним показником соціальної орієнтованості суспільства, соціальних гарантій, які характеризують ступінь відповідальності держави перед своїми громадянами [69, с. 66]. Схожою є думка З. С. Гладуна, який зазначає, що охорона громадського здоров'я («здоров'я населення») є однією з внутрішніх функцій сучасної держави, частина її гуманітарної і соціальної політики [60, с. 105]. Аналогічний підхід простежується в науковій праці К. О. Крут, в якій охорона життя і здоров'я людини розглядається як один із пріоритетних напрямів діяльності держави, орієнтований на збереження найвищих соціальних цінностей [189, с. 9]. Погоджуючись з цим, зауважимо, що формування умов охорони здоров'я і засобів реалізації права на охорону здоров'я є окремими напрямками реалізації ст. 3 Конституції України [168].



Здоров'я людини є абсолютною цінністю, на забезпечення якої держава спрямовує свою діяльність. Зокрема, про це свідчить прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на забезпечення додаткових соціальних та економічних гарантій у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19)» [335], спрямованого саме на адміністративне забезпечення охорони здоров'я. Наведене необхідно враховувати при встановленні генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я тому, що залежно від визначення права на охорону здоров'я у державі обирається відповідна модель розвитку його забезпечення.

Варто зазначити, що для виявлення генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я на початковому етапі слід сформулювати предмет дослідження, що дозволить більш повно визначити його ретроспективу. Незважаючи на важливість однозначного розуміння й правильного вживання поняття «адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» воно недостатньо досліджено в науковій літературі. Зауважимо, що вчені часто застосовують схожі або близькі за своїм змістом поняття. Так, В. В. Карлаш вказує, що «в правовому регулюванні у сфері охорони здоров'я фактично можна виділити дві взаємопов'язані частини: державне регулювання організації охорони здоров'я; державне регулювання здійснення права на охорону здоров'я» [135, с. 23]. З наведеним можна погодитися лише частково, оскільки позиція автора обмежується сферою державного управління [534, с. 49].

О. М. Гумін і Є. В. Пряхін пропонують розуміти сутність адміністративно-правового забезпечення у широкому та вузькому значенні. Так, у широкому значенні науковці розуміють його як упорядкування суспільних відносин уповноваженими на те державою органами, а у вузькому – залежно від сфери суспільних відносин, які потребують забезпечення. Крім того, науковці

виділяють такі основні елементи адміністративно-правового забезпечення: об'єкт, суб'єкт адміністративно-правового забезпечення, норми права (норми адміністративного права), адміністративно-правові відносини, гарантії, заходи, засоби, форми та методи адміністративно-правового забезпечення [76, с. 49]. Отже, можна виокремити адміністративно-правове забезпечення організації охорони здоров'я й адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Зауважимо, що ці дві категорії можуть досліджуватися і як самостійні об'єкти, і сукупно. Якщо застосовувати широкий підхід, то адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я – це система дій уповноважених суб'єктів, що передбачає цілеспрямований вплив на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я за допомогою норм права, засобів, форм, методів адміністративно-правового впливу. Незважаючи на первинність адміністративної-правової природи цього поняття воно має комплексний характер, оскільки реалізація права на охорону здоров'я охоплює й приватні правовідносини, що будуть підпадати під відповідне адміністративно-правове забезпечення. Для розмежування адміністративно-правового забезпечення публічної й приватної сфери доцільно виокремити безпосередньо поняття реалізації права на охорону здоров'я [534, с. 50].

У Національній стратегії у сфері прав людини визначено напрям забезпечення права на охорону здоров'я. Метою Стратегії є забезпечення рівного доступу до високоякісної медичної допомоги; профілактика, раннє виявлення та ефективне лікування захворювань [263]. Аналізуючи норми стратегії, можна виділити такі елементи реалізації права на охорону здоров'я, як: доступ до медичної допомоги, профілактика захворювань. Зауважимо, що право на охорону здоров'я реалізується через низку конституційно закріплених заходів прав людини [260, с. 406], що безпосередньо здійснюється в межах адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я. Узагальнюючи, зазначимо, що реалізація права на охорону здоров'я – це процес

перетворення юридично можливої поведінки, закріпленої в нормі права, на фактичну дію суб'єкта щодо підтримання, збереження фізіологічного, психологічного здоров'я, працездатності, соціальної активності, тривалості життя. Можливість реалізації цього права обумовлена як діями людини щодо збереження власного життя, здоров'я, так і системою дій уповноважених суб'єктів. Тому й правова природа реалізації права на охорону здоров'я має змішаний характер, що базується на публічних і приватних засадах. При цьому адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я – це система дій уповноважених суб'єктів, що передбачає цілеспрямований вплив на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я за допомогою норм права, засобів, форм, методів адміністративно-правового впливу [534, с. 49, 50].

Одним із яскравих прикладів ретроспективи адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я стало прийняття у 1946 р. Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), преамбулою якого передбачено: уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру і в галузі охорони здоров'я; нерівний розвиток в різних країнах заходів в області охорони здоров'я та боротьби з хворобами, особливо із заразними хворобами, є спільною небезпекою; здоров'я всіх народів є основним фактором у досягненні миру і безпеки; досягнення будь-якої держави в галузі поліпшення та охорони здоров'я є цінністю для всіх [513]. Наведені засади стали основоположними для розвитку реалізації права на охорону здоров'я у більшості держав.

Держави по різному здійснювали підходи щодо засад охорони здоров'я, визначеними у Статуті ВООЗ. Крім того, різні економічні системи, соціальні стандарти призвели до виникнення двох моделей адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: 1) коли відбувається підтримка права на охорону здоров'я на базі медичного страхування з елементами підтримки держави; 2) коли забезпечення права на охорону

здоров'я покладається виключно на людину – її соціальну відповідальність та економічну можливість [656]. Залежно від обраної моделі поступово розвивались відносини з охорони здоров'я, можливість доступу до медичної допомоги. Країни, які обрали другу модель отримали негативні наслідки протягом 2019-2020 рр. при боротьбі із COVID-19. Так, станом на 25.04.2020 серед лідерів по захворюваності COVID-19 були: США (924 865 осіб), Іспанія (223 759 осіб), Італія (195 351 осіб), Франція (159 952 осіб) і Німеччина (155 782 осіб) [113]. Тобто, при участі держави у забезпеченні права на охорону здоров'я боротьба з пандемією має більш кращий результат. З наведеного випливає, що у генезисі адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я особливу роль відводиться ролі держави.

Сучасний генезис адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я було започатковано шляхом прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [272]. Прийняття цього Закону стало результатом накопичення суспільних відносин, утворення нових ринкових відносин, формування нових прав людини, що було започатковано з 1991 р. Отже, вперше у незалежній Україні було прийнято нормативний акт, який визначав засади охорони здоров'я. З урахуванням реального стану здоров'я населення було визначено фактичні потреби в основних видах медичної допомоги, уточнено штатні нормативи лікувально-профілактичних закладів. Було проведено впорядкування й оптимізацію ліжкового фонду, що дозволило змінити структуру витрат на безпосереднє забезпечення лікувально-діагностичного процесу [123, с. 21]. На сьогодні відбулось вже п'ятдесят дев'ять редакцій цього Закону, що було обумовлено поступовим утворенням нових медичних відносин у суспільстві, проведенням медичної реформи, врегулюванням нових видів медичної практики та інших чинників. Відповідно до статистики Верховної Ради України, Закон призвів до прийняття нових нормативних актів, серед яких 75 % – акти Кабінету Міністрів

України, 25 % – Міністерств та відомств [512]. Узагальнюючи можна стверджувати, що з 1991 по 1993 рр. був сформований самостійний етап генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, який полягав у виявленні потреби незалежного адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

З 1993 р. в державі продовжували відбуватися активні зміни, зокрема обумовлені розвитком ринкової економіки. Активно проходили приватизаційні процеси, почала утворюватися приватна медична практика. Перша зміна Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» відбулась 01.01.1993 внаслідок прийняття Декрету Кабінету Міністрів України «Про оплату праці» від 31.12.1992 № 23-92, який визначив економічні, правові та організаційні засади оплати праці працівників, які перебувають у трудових відносинах на умовах найму з підприємствами, установами, організаціями (далі – підприємства) [420]. У 1993 р. внаслідок розвитку органічного виробництва, підвищення стандартів сільськогосподарської продукції державою було прийнято рішення про додаткове забезпечення прав дітей, у зв'язку з чим були внесені зміни у Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, було доповнено ст. 61 Закону нормою щодо дитячого харчування «держава забезпечує дітей віком до трьох років виготовленими переважно на промисловій основі з екологічно чистої сировини якісними дитячими сумішами та іншими продуктами дитячого харчування» [360]. Наведена норма підкреслює, що на той час соціальна спрямованість державної політики стала перетинатися з новими економічними обставинами життя та економіки.

З 1994 р. отримують розвиток лікарсько-фізкультурні заклади, що відбулось на підставі прийняття Закону України «Про внесення змін і доповнень до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про фізичну культуру і спорт» [346]. Отже, держава продовжувала

забезпечувати реалізацію права на охорону здоров'я. Поряд з цим активно починають виникати приватні медичні установи. Переважно вони були представлені окремими лікарськими кабінетами, зокрема стоматологічними, лікувально-профілактичними. Їх діяльність була пов'язана із поширенням реклами, яка іноді не відповідала дійсності якості послуг. Для подолання цього було прийнято Закон України «Про внесення змін і доповнень до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про рекламу», яким була встановлена заборона щодо реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв; лікувальних сеансів, інших аналогічних заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу [347].

Аналізуючи наведене можна запропонувати виокремити ще один етап в генезисі адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: з 1993 по 1997 рр., який означився введенням елементів ринкової економіки у сферу охорону здоров'я. Так, вперше було запроваджено фактичні відносини з нетрадиційної медицини, стала використовуватися реклама для поширення інформації про приватні медичні послуги. Наведене призвело до необхідності врегулювання відносин, встановлення відповідного державного контролю, що цілком охоплювало реалізацію адміністративно-правового забезпечення цієї сфери.

На 1997 р. у державі виникає сталий розвиток ринкових відносин. Поряд з цим посилюється зубожіння населення. Для повноцінної реалізації права на охорону здоров'я постає питання про доступність населення до системи охорони здоров'я. Водночас продовжується удосконалення правового забезпечення медичних відносин. Так, у 2000 р. приймається Закон України «Про психіатричну допомогу», який визначив правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини та громадянина, встановив обов'язки органів виконавчої влади

і органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади. У ст. 5 цього Закону було встановлено, що держава гарантує: фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги [432]. Отже, поступово відбувалось формування адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я у вигляді створення умов доступності осіб з різними захворюваннями до медичної допомоги.

У цьому напрямі було оголошено 2001 р. – роком охорони здоров'я на підставі Указу Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» від 08.08.2000 № 963/2000. Згідно з цим Указом на Кабінет Міністрів України було покладено обов'язок розглянути питання щодо поновлення практики регулярних комплексних медичних обстежень (диспансеризації) населення та запровадження моніторингу стану здоров'я населення [358]. Охорона здоров'я населення стає пріоритетним напрямом про що свідчить прийняття Кабінетом Міністрів України постанови «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки» від 10.01.2002 № 14. У цій Програмі були виявлені проблеми щодо охорони здоров'я населення, зокрема незадовільний стан його здоров'я; недостатнє медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я; нераціональна організація системи надання медичної допомоги ін. [380].

Тенденція підтримки системи охорони здоров'я була визначена і у 2003 р. у Законі України «Про Державний бюджет України на 2003 рік», у якому було закріплено положення, що Кабінет Міністрів України при затвердженні переліку об'єктів та обсягів їх фінансування за рахунок державних централізованих капітальних вкладень повинен передбачити, зокрема, такі напрями спрямування цих коштів завершення будівництва регіональних

онкологічних закладів системи охорони здоров'я [351]. Статтею 29 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2004 рік» були передбачені бюджетні призначення за державною програмою «Охорона здоров'я населення України» [338].

З 2004 р. поступово починає формуватися концепція сільської медицини, відбувається виявлення її особливостей та потреб. Так, приймається Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання земельних ділянок працівникам культури, освіти та охорони здоров'я, що проживають у сільській місцевості», відповідно до якого сільські медичні працівники змогли отримувати безоплатно землі у власність [330].

Підсумовуючи наведене можна запропонувати виокремити ще один етап генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, який означився такими роками: з 1997 по 2004 рр. Протягом цього етапу була сформована тенденція щодо доступності усього населення держави до системи охорони здоров'я.

Розвиток надання приватних медичних послуг продовжує розвиватися, як наслідок держава поступово врегульовує цю діяльність. З 2006 р. частково змінюються правила ліцензування здійснення медичної практики. Так, було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо приведення їх у відповідність із законодавчими актами України у сфері ліцензування», згідно з яким провадження господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії [331]. Поряд з підтримкою розвитку приватної медичної практики у Державний бюджет також закладалися витрати на поліпшення матеріально-технічного стану державного сектору системи охорони здоров'я.

Окремо адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я реалізується і щодо підтримки соціально-економічного стану



медичних працівників, зокрема тих, хто працює на селі. З 2007 р. Законом України «Про внесення зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я» встановлюється правило, що медичні працівники, які працюють у сільській місцевості, мають право на безплатне користування житлом з освітленням і опаленням, надаються пільги щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту [345].

Додатково регулюються відносини із заняттям нетрадиційною медичною практикою. У 2011 р. вперше на рівні законодавства про охорону здоров'я було врегульовано питання щодо здійснення народної медицини (цілительства) шляхом прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення дозвільних процедур». Цим Законом було визначено, що «народна медицина (цілительство) – методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації» [327]. Для здійснення цієї діяльності особа повинна була зареєструватися як фізична особа – підприємець та отримати спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством), що діяв п'ять років. Наведене стало довгоочікуваним нормативно-правовим врегулюванням діяльності народної медицини, яка постійно поширювалась з 1991 р. Крім того, врегулювання, систематизація цілительства стало одним із методів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Воно дало змогу встановити додаткові способи охорони здоров'я населення.

Поряд з цим було прийнято Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р., затверджену Наказом Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) від 16.09.2011 № 597 [373]. Галузеву програму стандартизації було спрямовано на удосконалення управління в охороні здоров'я, забезпечення орієнтованої на пацієнта якості, клінічно

ефективної та безпечної медичної допомоги. Методами реалізації програми стали планування, нормування, ліцензування і сертифікації, забезпеченням контролю якості медичних послуг шляхом вдосконалення акредитаційних та атестаційних вимог, прискорення гармонізації процесів відповідно до європейських вимог [373].

З 2012 р. увага стала приділятися також наданню послуг швидкої медичної допомоги. Для цього розроблено та прийнято Закон України «Про внесення змін до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо прискорення надання першої медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях». Було встановлено безкоштовне паркування транспортних засобів у спеціально відведених для цього місцях у разі обладнання транспортного засобу, яким керує медичний працівник, спеціальним розпізнавальним знаком встановленого законодавством зразка [345].

Встановлюються нові форми контролю у сфері медичної практики. Законом України «Про внесення змін до деяких законів України у сфері охорони здоров'я щодо посилення контролю за обігом лікарських засобів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок» було визначені правила щодо реалізації біологічних, дієтичних добавок до харчування [326]. Завдяки цьому у державі припинилося самовільне поширення дієтичних добавок, ринок їх реалізації став предметом державного контролю. Це дало змогу встановити додаткові гарантії безпеки у сфері реалізації права на охорону здоров'я.

З 2013 р. починають формуватися нові стандарти надання медичної допомоги, зокрема щодо неможливості здійснення ними корупційних дій. Це правило було встановлено Законом України «Про внесення зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо встановлення обмежень для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної

діяльності», відповідно до якого медичні працівники під час здійснення ними професійної діяльності не мають права: одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, виробів медичного призначення, їх представників неправомірну вигоду; одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, виробів медичного призначення, їх представників зразки лікарських засобів, виробів медичного призначення для використання у професійній діяльності; рекламувати лікарські засоби [349].

Узагальнюючи можна стверджувати, що з 2004 по 2014 рр. відбувається становлення адміністративно-правового забезпечення нових методів та способів лікування. Завдяки використанню адміністративно-правових форм і методів стало можливим застосувати нові способи регулювання, подолати тіньовий ринок дієтичних добавок, створити умови для запобігання корупції в медичній сфері.

З 2014 р. в Україні починає відбуватися перехід від моделі забезпечення права на охорону здоров'я до моделі права на охорону здоров'я за допомогою медичного страхування. Перша модель є моделлю, розробленою О. М. Семашко з 1918 р. Вона була спрямована на формування централізованої медичної системи, здатної боротися з епідеміями, охорону материнства та дитинства, профілактичного напрямку медицини, ліквідацію соціальних чинників хвороб, залучення громадськості до справи охорони здоров'я. Ця система може функціонувати лише при стабільному державному фінансуванні. Внаслідок того, що Україна з часів незалежності перейшла на ринкові відносини, які пронизують усі суспільні відносини, наведена модель стала втрачати свою актуальність, оскільки держава поступово стала відходити від фінансування суспільних інституцій. Друга модель охорони здоров'я базується на системі Беверіджа (англійська модель), яка з'явилася в Англії у 1911 році, згідно з якою оплата роботи лікаря залежить від кількості зареєстрованих пацієнтів, яких він

обслуговував. Основний принцип оплати, що зберігся до теперішнього часу, – гроші йдуть за пацієнтом – залишає право пацієнтові вільного вибору лікаря, а сума гонорару залежить від числа пацієнтів, їх статі, віку і соціального статусу. При цьому держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги, забезпечуючи загальний доступ та задоволення більшої частини суспільної потреби в послугах охорони здоров'я [137, с. 93–94]. Залежно від обраної моделі, у державі формуються механізми реалізації права на охорону здоров'я. Тому первинне право на охорону здоров'я залежить від концептуального підходу до права на охорону здоров'я та моделі охорони здоров'я. Загалом система охорони здоров'я зобов'язується забезпечувати: достатність медичних послуг, доступність, прийнятність медичних послуг з етичної точки зору, якість медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору [618]. Отже, багатоаспектність реалізації права на охорону здоров'я, різноманітність умов, які впливають на здоров'я людини, відмінності у соціально-економічному розвитку держав та моделях системи охорони здоров'я стоять на перешкоді створення єдиної концепції забезпечення права людини реалізувати свої можливості у сфері охорони здоров'я [239, с. 190].

Слід підкреслити, що реалізація права на охорону здоров'я відбувається у двох напрямках: охорона громадського та індивідуального здоров'я. Лише у єдності цих категорій можливо визначати наявність гарантій реалізації права на охорону здоров'я, оскільки охорона громадського здоров'я не можлива без індивідуального та навпаки. В Україні з 2014 р. відбувається історична подія переходу від однієї моделі права на охорону здоров'я до іншої [253, с. 247].

У 2014 р. було утворено Стратегічну дорадчу групу з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні на підставі наказу МОЗ України від 24.07.2014 № 522. Саме з цього моменту починає реалізовуватися медична реформа. З 2016 р. Урядом України було визначено пріоритет трансформації своєї системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів

здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої радянської системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку [237].

З 2016 р. прийнято Національну стратегію у сфері прав людини, якою визначено напрям забезпечення права на охорону здоров'я. Метою Стратегії є забезпечення рівного доступу до високоякісної медичної допомоги, профілактика, раннє виявлення й ефективне лікування захворювань [263]. Аналізуючи норми Стратегії, можна виділити такі елементи реалізації права на охорону здоров'я: доступ до медичної допомоги, профілактика захворювань. Зауважимо, що право на охорону здоров'я реалізується через низку конституційно закріплених заходів прав людини [260, с. 406], що безпосередньо здійснюються в межах адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я. Узагальнюючи, зазначимо, що реалізація права на охорону здоров'я – це процес перетворення юридично можливої поведінки, закріпленої в нормі права, на фактичну дію суб'єкта щодо підтримання, збереження фізіологічного, психологічного здоров'я, працездатності, соціальної активності, тривалості життя.

Для реалізації медичної реформи у 2017 р. вносяться значні зміни у Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зокрема визначається поняття закладу охорони здоров'я, медичного обслуговування, охорони здоров'я, послуги з медичного обслуговування населення (медична послуга) ін. [332]. Завдяки цьому починає змінюватися система надання

медичних послуг. Медична реформа стала вже реалізовуватися у закладах охорони здоров'я.

У 2017 р. приймається Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Цей Закон врегулював відносини, пов'язані із забезпеченням підвищення доступності, ефективності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості [427]. Наведений нормативний акт став результатом поступового формування адміністративно-правового забезпечення права на реалізацію охорони здоров'я у сільській місцевості.

Для реалізації медичної реформи у 2018 р. приймаються нормативні акти щодо утворення фінансових гарантій. Зокрема Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено положення, що держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій (ст. 3 Закону) [354].

Завдяки реалізації медичної реформи поступово розширюються можливості щодо реалізації громадянами права на охорону здоров'я. Так, з'являється можливість обрання лікаря, оскарження його дій, отримання компенсації тощо. Тому цілком логічно виокремити ще один етап генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: з 2014 по 2019 рр. під назвою «Реалізація медичної реформи».

З 2019 р. виникає новий етап генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, обумовлений пандемією COVID-19. Пандемія COVID-19 стала певною перевіркою системи охорони здоров'я в усіх країнах світу й дала змогу з'ясувати сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні. Наша країна опинилась у вкрай скрутному становищі, зокрема й через

незавершеність медичної реформи, яка під час першого етапу своєї реалізації зазнала нещадної критики як з боку практичних працівників, так і від науковців. Крім того, давно назріла необхідність систематизації сучасного законодавства у сфері охорони здоров'я [486, с. 72]. Тому цілком логічно, що для подолання можливості поширення хвороби під час пандемії держава використала саме механізми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Зокрема, 11.03.2020 була прийнята постанова Кабінету Міністрів України № 211 «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [370], згідно з якою на всій території України з 12 березня по 24 квітня 2020 року запроваджено карантин з відповідними заборонами, що передбачають навіть обмеження прав людини.

Заходи, що вживаються українським урядом, цілком співвідносяться зі змістом Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р., відповідно до якого «здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни» [170]. Тому план заходів щодо подолання пандемії є цілком обґрунтованим. Так, задля забезпечення реалізації права на охорону здоров'я були обмежені права людини на вільне переміщення, здійснення підприємницької діяльності, перевезення пасажирів, очне отримання освіти, проведення масових зборів, припинення постачання комунальних послуг, перебування на вулицях без документів, що посвідчують особу тощо. Ці обмеження одразу викликали обговорення питання щодо правомірності звуження конституційних прав особи.

Незважаючи на такі дискусії зауважимо, що можливість обмеження пересування закладена у ч. 1 ст. 33 Конституції України, обмеження поширення неправдивої інформації про пандемію встановлена у ч. 3 ст. 34 Конституції України, обмеження права збиратися мирно, без зброї і проводити збори,

мітинги, походи й демонстрації містить ч. 2 ст. 39 Конституції України [168]. Тому застосування адміністративно-правового забезпечення реалізації права охорони здоров'я у вигляді обмежень є допустимим. Інша справа, що обмеження конституційних прав передбачає прийняття відповідного закону Верховною Радою України. Крім того, такі повноваження не належать до компетенції Кабінету Міністрів України, що передбачено розділом IV Закону України «Про Кабінет Міністрів України» [410]. Отже, окремі положення постанови Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [370], не відповідають Закону України «Про Кабінет Міністрів України» [410]. Попри це, додаткові права Кабінету Міністрів України були закріплені в Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на забезпечення додаткових соціальних та економічних гарантій у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19)» [336] шляхом внесення змін до ст. 3 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» щодо розширення повноважень Кабінету Міністрів України у сфері захисту населення від інфекційних хвороб [406].

Наведене підкреслює, що сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону потребує подальшого наукового дослідження й удосконалення, зокрема в напрямі розроблення правового регулювання правовідносин, що виникають під час пандемії особливо небезпечної інфекційної хвороби. Сучасний прояв адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я полягає саме в застосуванні заходів щодо запобігання виникненню й поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19). Так, карантин віднесено до адміністративних і медико-санітарних заходів, що застосовуються для запобігання поширенню особливо небезпечних інфекційних хвороб (ст. 1 Закону України «Про захист населення від



інфекційних хвороб» [406]. Отже, введення карантину є одним із проявів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

До сучасних заходів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я належить намагання відновити діяльність санітарно-епідеміологічної служби, яка з 2017 року увійшла до складу Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (далі – Держпродспоживслужба). Уряд розглядає три можливі моделі роботи санітарно-епідеміологічної служби: 1) передати всі функції в розпорядження МОЗ України; 2) діяльність служби у складі Держпродспоживслужби; 3) розподілити функції між МОЗ України і Держпродспоживслужбою, на кшталт того, як це є зараз [464]. Наведене вказує, що адміністративно-правове забезпечення охорони здоров'я потребує визначення уповноважених суб'єктів у цій сфері [534, с. 50].

Підсумовуючи можна виокремити такий етап генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, що розпочався з 2019 р. і триває дотепер – «Нові форми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, обумовлені політикою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19».

На підставі проведеного дослідження у цьому підрозділі дисертаційної роботи виявлено такий генезис адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (за часів незалежності української держави): 1) 1991–1993 рр. – виявлення потреби незалежного адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я; 2) 1993–1997 рр. – уведення елементів ринкової економіки у сферу охорони здоров'я; 3) 1997–2004 рр. – розвиток доступності всього населення держави до системи охорони здоров'я; 4) 2004–2014 рр. – становлення адміністративно-правового забезпечення нових методів і способів лікування; 5) 2014–2019 рр. – реалізація медичної реформи; 6) з 2019 р. і дотепер – виникнення нових форм адміністративно-правового

забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, обумовлених політикою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19.

### **1.3. Принципи та функції адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Всебічну і повну реалізацію кожною особою гарантованого Конституцією України права на охорону здоров'я неможливо уявити без засад, на яких ґрунтується забезпечення відповідного права. Вже маючи уявлення про сутність правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та генезу його адміністративно-правової складової, для вирішення наукового завдання необхідно детально розглянути принципи та основні функції (напрями) адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Загалом, принципи є важливою мультидисциплінарною категорією, поширеною від математики («Principia Mathematica») [709] до філософії («Принципи філософії») [289].

Так, з латинської мови «принцип» перекладається у двох значеннях. По-перше, з лат. *princĭpium* – начало, основа, як: а) основне вихідне положення якої-небудь наукової системи, теорії, ідеології; засада; б) особливість, покладена в основу створення або здійснення чогось; в) переконання, норма, правило, яким керується хтось у житті та поведінці. По-друге, від лат. *princēps* – перший: воїни важкої піхоти армії стародавнього Риму; складала першу лінію в бойовому порядку. Мали спеціальне озброєння – короткий металний спис, меч гладіус, великий прямокутний щит і бронзовий шолом [503]. Звичайно, найбільш поширеним і прийнятним у контексті дослідження є перший підхід,

що співвідносить принципи із засадами, основами, вихідним положеннями та нормами певної діяльності.

Для окреслення принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я необхідно врахувати дві компоненти, що сприятимуть їх визначенню. Першою з них є розкриття основних підходів до принципів права. Другою – визначення принципів у сфері медичної діяльності. Наведений підхід дозволить провести класифікацію та сформулювати авторське визначення принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я з урахуванням двох аспектів – правового і медичного.

Про доцільність урахування загальноправових принципів у забезпеченні прав людини веде мову С. Погребняк, який відмічає, що принципи права є історично більш давньою категорією, ніж права людини та такі принципи сприяють легітимації відповідних груп прав людини. Для утвердження інституту прав людини, зокрема, у правосвідомості населення дія принципів права вбачається надзвичайно важливою [296].

Отже, у теорії права щодо класифікації принципів права склалося багато підходів, в основу яких покладено критерії класифікації. Д. Бойчук слушно акцентує увагу на тому, що, незважаючи на розвиненість тематики принципів права в науковій літературі, питання щодо їх сутності та видів на тепер не втрачає своєї актуальності і потребує подальшого аналізу [37, с. 186].

Називаючи загальні принципи права, М. С. Кельман та О. Г. Мурашин наголошують на неможливості наведення вичерпного переліку загальних принципів права внаслідок відсутності їхньої статичності та чіткості змісту. Утім, до найголовніших принципів вони відносять: принцип поваги до прав людини; принцип свободи; принцип гуманізму; принцип справедливості; принцип рівності; принцип законності в процесі створення і реалізації правових норм; принцип демократизму; принцип єдності юридичних прав і обов'язків; загальна обов'язковість норм права з поєднанням переконання та примусу для

забезпечення його виконання; відповідність права загальнолюдським цінностям; відкритість законів; логічність і несуперечливість норм права; принцип взаємної відповідальності держави та особи [118, с. 225].

Альтернативну точку зору на принципи права наведено у підручнику М. І. Козюбри, який відмічає, що на відміну від правових норм, принципи права відрізняються більшою стабільністю, так як залишаються незмінними протягом тривалого часу [119, с. 70].

Отже принципи є більш стійким утворенням, ніж норми права, але і сама система принципів може змінюватись, справляючи у подальшому вплив на правові норми. Так, принцип відкритості законів або принцип справедливості не можна вважати такими, що існували від моменту становлення національної системи права. Такі принципи є, скоріше, надбанням людської цивілізації, що поступово знайшли закріплення у вітчизняних і міжнародних джерелах права.

Тим більше, П. М. Рабінович також звертає увагу на те, що одна з особливостей сучасних перехідних правових систем соціально-демократичної орієнтації полягає в тому, що їх типологічні принципи поступово наповнюються загальнолюдськими правовими засадами, все більше «піднімаються» до рівня останніх [462, с. 104].

Зі свого боку О. Ф. Скакун наводить загальноправові (загальногалузеві) принципи права, більшість з яких має конституційний ранг: верховенство права (пріоритетність основоположних, природних, прав і свобод); обмеженість втручання органів влади, посадових осіб у здійснення прав та свобод; захист основоположних прав і свобод людини рівність перед законом; рівна відповідальність перед судом; відповідальність за заподіяну шкоду; єдність прав та обов'язків; гарантованість прав і свобод; неприпустимість будь-якої дискримінації у реалізації прав та свобод; неприпустимість скасування прав і свобод; здійснення правосуддя незалежними судами; юридична визначеність, тобто чітке закріплення норм права у відповідних юридичних формах

(джерелах); захист довіри; правова безпека особи; заборона зловживання правами; правова законність тощо [497, с. 239–240].

Звичайно, асоціативне співставлення принципів права з правами людини є найбільш слушним для визначення принципів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Тут слід погодитись з А. М. Колодієм, який розглядає визначальний принцип реальності прав, свобод, обов'язків і законних інтересів людини та громадянина. Вказаний принцип закріплено ст. 21-23, 56-64 Конституції України, що разом із принципами верховенства права та розподілу влад складає основу правової держави. Сутність його полягає у тому, що права, свободи, обов'язки і законні інтереси людини та громадянина повинні бути не тільки задекларовані у законодавчих актах, а й реально забезпечені та гарантовані всіма соціальними суб'єктами і, насамперед, державою [156, с. 126]. Наведений підхід найбільше відповідає меті дослідження щодо визначення принципів, на яких ґрунтується реалізація права на охорону здоров'я в Україні.

У цьому аспекті І. Забоклицький, спираючись на публікацію Фонду ООН у галузі народонаселення (англ. – United Nations Population Fund / UNFPA) [657], пропонує включити до принципів прав людини універсальність і невід'ємність, неподільність, рівність та недискримінацію, взаємозалежність і взаємопов'язаність, участь та включення, підзвітність і верховенство права [115, с. 522]. Зрозуміло, що перелік таких принципів властивий для усіх прав людини, визнаних на міжнародному рівні.

Виходячи з наведеного можна стверджувати про: 1) наявність зв'язку між принципами права та принципами забезпечення прав людини; 2) закріплення відповідних принципів у нормах чинного законодавства; 3) переважно стійкий характер системи таких принципів, яка має тенденцію до збільшення; 4) відсутність єдиної наукової позиції щодо переліку таких принципів.

Щодо принципів, які діють у сфері охорони здоров'я, насамперед варто згадати Основи законодавства України про охорону здоров'я, у ст. 4 якого

закріплено основні принципи охорони здоров'я в Україні, до яких віднесено:

- 1) визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- 2) дотримання прав і свобод людини та громадянина в сфері охорони здоров'я і забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- 3) гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- 4) рівноправність громадян, демократизм та загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- 5) відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- 6) орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- 7) попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- 8) багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- 9) децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [272].

Можна відмітити об'ємність наведеного переліку та закріплення у принципах засад організації охорони здоров'я із акцентом на громадській складовій досліджуваного права. Водночас, всі перераховані принципи є багатокладними категоріями, що дозволяє поділити кожен з таких принципів на окремі складові. Наведені принципи прив'язані до категорії «охорона здоров'я», а не «забезпечення». У монографії Є. В. Курінного та

Б. О. Логвиненка звернуто увагу, що у співвідношенні суто медичних понять: «медицина», «охорона здоров'я» та «медичне забезпечення», останнє із них є найбільш загальним і безпосередньо стосується відповідної організаційної функції, тоді як медицина являє собою галузь науки та практичну діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я людей, попередження та лікування хвороб. Охорону здоров'я, в свою чергу, визначено як систему державних і суспільних заходів з попередження та лікування хвороб і продовження життя людини [192, с. 19–20].

Ураховуючи викладене, можна зробити висновок, що поняття «забезпечення» включає поняття «охорона», котре дозволяє умовно співвідносити принципи охорони здоров'я та принципи забезпечення права на охорону здоров'я.

Також, медико-правові принципи програм медичних гарантій, що безпосередньо пов'язані з реалізацією права на охорону здоров'я, визначені у ст. 5 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. До них віднесені: 1) законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій; 2) надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками; 3) забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості; 4) цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; 5) універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг і лікарських засобів за програмою

медичних гарантій; 6) передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг і лікарських засобів; 7) гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади і органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; 8) конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг [354]. Перераховані принципи також є складноутвореними і розгорнутими, адже у їх змісті деталізуються положення відповідних засад. Водночас, можна прослідкувати певну невідповідність принципів програм медичних гарантій, реалізації гарантованого ст. 49 Конституції України права на охорону здоров'я. Прикладом такої невідповідності є «надання необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій» проти конституційного положення щодо безоплатності медичної допомоги в Україні.

Принагідно слід зазначити, що 23 липня 2020 року Великою палатою Конституційного Суду України розглядалася справа за конституційним поданням 59 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168–V [354, 582]. Остаточне рішення за цією справою так і не було прийняте попри проблеми, що супроводжують початок дії названого Закону.

Варто підтримати Б. О. Логвиненка у тому, що гарантоване Конституцією право на безоплатну медичну допомогу не може бути заміщене повною оплатою надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України, що передбачені програмою медичних гарантій, як це зазначено у згаданому Законі. Видається очевидним, що програми можуть змінюватись залежно від волі суб'єкта владних повноважень у сфері охорони здоров'я, а конституційна норма – ні [206, с. 53].

Що стосується забезпечення права на охорону здоров'я, як громадської (суспільної) цінності, можна звернути увагу на Концепцію розвитку системи



громадського здоров'я, схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України; від 30.11.2016 № 1002-р [444]. У цій Концепції запропоновано два види принципів: а) засади формування системи громадського здоров'я та б) організаційні принципи формування системи громадського здоров'я.

Засадами формування системи громадського здоров'я є: 1) право на здоров'я та охорону здоров'я як одне з базових прав людини незалежно від її раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, в тому числі стану здоров'я; 2) принцип пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади, що передбачає визнання актуальних проблем у галузі охорони здоров'я комплексними і пов'язаними із соціальним детермінантом здоров'я; 3) принцип досягнення справедливості щодо здоров'я, що гарантує створення умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я, передбачає вжиття заходів до впливу на такий соціальний детермінант здоров'я, як громадський транспорт, доступ до освіти та медичного обслуговування, доступ до здорового харчування та фізичної культури, економічні можливості; 4) принцип солідарної відповідальності, що визнає взаємну залежність і відповідальність певних територіальних громад, спільнот, сімей та окремих осіб за їх діяльність або бездіяльність щодо досягнення і підтримки найвищого рівня показників здоров'я; 5) принцип доказовості та економічної доцільності як базовий принцип прийняття управлінських рішень у системі громадського здоров'я з метою забезпечення права на здоров'я та охорону здоров'я у довгостроковій перспективі; 6) принцип цілісного підходу до здоров'я, що передбачає сукупність його фізичної, психічної, психологічної, духовної і соціальної складових частин [444].

Найбільш примітним у названій системі принципів, яка подібно до наведених акцентує увагу на громадському здоров'ї, є принцип цілісного підходу до здоров'я. До змісту здоров'я включено фізичну, психічну, психологічну, духовну та соціальну складові, що певною мірою не збігається із традиційним уявленням про здоров'я. З цього приводу В. Я. Пушкін, А. О. Матвейчева, С. Р. Касян та М. Ю. Кобенко відмічають, що здоров'я є мультифакторним поняттям, проте однозначного, прийняттого для всіх визначення поняття «здоров'я» поки що не існує [459, с. 63–64].

Слід не погодитись з наведеною позицією так, як у міжнародній фаховій спільноті існує загальноприйняте розуміння здоров'я як стану повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороб і фізичних дефектів. Це визначення наводиться в Преамбулі до Статуту ВООЗ, який набрав чинності 07.04.1948. Причому, з 1948 року згадане визначення не змінювалося [56].

Другою групою є організаційні принципи формування системи громадського здоров'я. Такими принципами названі: 1) законність – відповідність Конституції і законам України та міжнародним договорам; 2) міжгалузеве співробітництво та координація – створення механізмів узгодження цілей, пріоритетів, завдань та заходів у сфері громадського здоров'я; 3) визначення пріоритетів – послідовність виконання програм та здійснення заходів відповідно до потреб держави та очікувань суспільства; 4) ефективність – досягнення максимально можливих результатів за рахунок мінімально необхідних витрат; 5) підзвітність – регулярне звітування перед суспільством та територіальними громадами про результати роботи у доступній формі; 6) спадкоємність – збереження та передача цінностей, норм, знань, досвіду для подальшого використання і забезпечення послідовної реалізації державної політики незалежно від політичної ситуації [444]. Наведена система принципів є більш звичною у сприйнятті тріади: «охорона здоров'я – право –

забезпечення», проте і тут наголос зроблено на формуванні системи громадського здоров'я, а не на забезпеченні реалізації права, як індивідуальної цінності людини.

Далі розглянемо принципи, властиві окремим напрямкам забезпечення права на охорону здоров'я. До них ми відноситься психіатрична допомога, трансплантація, екстрена медична допомога та медична допомога у сільській місцевості.

Відповідно до ст. 4 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 № 1489-III, принципами надання психіатричної допомоги є: 1) законність; 2) гуманність; 3) додержання прав людини і громадянина; 4) добровільність; 5) доступність та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідність й достатність заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації; 6) надання освітніх, соціальних послуг [432].

Вважаємо, що більш відповідним сучасним реаліям є перелік принципів, сформульований ВООЗ для організації служб психіатричної допомоги (який на жаль, не знайшов закріплення у національному законодавстві): 1) захист прав людини – кожна людина не повинна обмежуватися у своїх правах. Необхідно поважати незалежність будь-якого хворого та надавати гідні умови і методи лікування всім, без винятку, хворим; 2) доступність – психіатрична допомога повинна надаватися хворим у будь-який час та в будь-якій місцевості, навіть у найвіддаленіших куточках країни (сільській місцевості); 3) всебічність – психіатрична допомога повинна надаватися в усіх формах та видах, виходячи з потреб населення; 4) безперервність та узгодженість – психіатрична допомога повинна надаватися в будь-який час та бути злагодженою між лікарями усіх спеціальностей; 5) дієвість – психіатрична допомога повинна бути науково обґрунтованою; 6) рівноправність – психіатрична допомога повинна надаватися у повному обсязі усім особам, які її потребують, без винятку; 7) економічна ефективність – при розвитку служб психіатричної допомоги та розподілі коштів

необхідно брати до уваги економічну ефективність [197, с. 4]. Аналізуючи наведені принципи можна відмітити їхню лаконічність та увагу, зосереджену на людині та її психічному здоров'ї, чого бракує у національному законодавстві.

Наступний блок принципів пов'язаний із трансплантацією анатомічних матеріалів людини. Виходячи із положень ст. 4 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17.05.2018 № 2427-VIII, до принципів трансплантації віднесено: 1) добровільність; 2) гуманність; 3) анонімність; 4) надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями; 5) безоплатність трансплантації для донора та реципієнта; 6) дотримання черговості (крім родинного та перехресного донорства); 7) достойне ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства; 8) безперервність отримання медичної допомоги особами, яким трансплантовано анатомічні матеріали [371].

Перераховані принципи можна вважати пацієнто-орієнтованими, що проявляється у спрямуванні їхньої дії на забезпечення медичної допомоги (трансплантації) зокрема та права на охорону здоров'я загалом.

Основними принципами функціонування системи екстреної медичної допомоги згідно зі ст. 5 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» можна назвати: 1) постійну готовність до надання екстреної медичної допомоги; 2) оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги; 3) доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність; 4) послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам; 5) регіональну екстериторіальність [362]. Щодо наведених принципів потрібно зазначити те, що в Україні сьогодні триває медична реформа, яка передбачає однією зі складових трансформацію системи екстреної медичної допомоги. Відповідно, мають трансформуватися і принципи її надання. Водночас, велика кількість критичних зауважень щодо організації екстреної медичної допомоги в

Україні свідчить про те, що принципи не підкріплюються практичною діяльністю. Так, на думку міністра охорони здоров'я України М. В. Степанова, у 2021 р. послуги екстреної медичної допомоги та її фінансування мають бути на рівні 15,9 млрд гривень. На переконання очільника МОЗ України, необхідно також передбачити близько 1,6 млрд гривень, що дозволить закупити близько 700 автомобілів, ще 707 машин заплановано придбати у 2022 році. Відповідно до позиції міністра МОЗ України саме такими є пріоритети та бачення розвитку служби екстреної медичної допомоги [551]. Але потрібно зважати на реальний стан справ із фінансуванням охороноздоровчої галузі, що на 2021 рік передбачає загалом – 161 млрд гривень. Звичайно, сума виглядає вагомою, не враховуючи того, що МОЗ України заявляло про майже вдвічі більший обсяг фінансування. Колишня очільниця МОЗ України У. Супрун відмічає, що відведених обсягів не буде достатньо для повноцінної реалізації критично важливих речей в медицині, тим паче, враховуючи додаткове фінансування, необхідне для протидії пандемії COVID-19 [522].

Останньою з умовно виділених складових забезпечення права на охорону здоров'я можна назвати медичне обслуговування у сільській місцевості. Стаття 3 Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII основними принципами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості названі: 1) ефективність підтримки розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості; 2) забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у формуванні та реалізації державної політики в зазначених сферах; 3) створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості; 4) ефективність використання бюджетних коштів, передбачених для виконання зазначених програм; 5) відкритість та прозорість надання державної

підтримки [427]. Зазначена група принципів також зорієнтована переважно на громадське здоров'я, тоді як воно є похідним від індивідуального здоров'я кожного.

Виходячи з проведеного аналізу, необхідно наголосити на тому, що загальні принципи можуть і повинні бути всеохоплюючими, тоді як у принципах, на яких ґрунтуються складові права на охорону здоров'я, має відобразитися зміст цього права, як індивідуальної цінності.

Альтернативний підхід до визначення медико-правових принципів забезпечення права на охорону здоров'я представлено міжнародним законодавством та зарубіжними працями.

Насамперед, доцільно зупинитися на Дванадцяти принципах організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я, що були схвалені 17-ою Всесвітньою медичною асоціацією 01.10.1963, зокрема: 1) у будь-якій системі охорони здоров'я умови праці медиків повинні визначатися з урахуванням позиції громадських лікарських організацій; 2) будь-яка система охорони здоров'я повинна надавати пацієнту право вибору лікаря, а лікареві – право вибору пацієнта, не обмежуючи водночас ні прав лікаря, ні прав пацієнта; 3) будь-яка система охорони здоров'я повинна бути відкритою для всіх лікарів, які мають право на практику: ні медиків загалом, ні окремого лікаря персонально не можна примушувати до праці на неприйнятних для них умовах; 4) лікар має бути вільним у виборі місця своєї практики й обмежуватися лише своїм фахом; 5) медична спільнота повинна бути адекватно представлена в усіх державних інститутах, що мають відношення до проблем охорони здоров'я; 6) усі, хто бере участь у лікувальному процесі чи контролює його, повинні усвідомлювати, поважати та охороняти конфіденційність відносин лікаря та пацієнта; 7) необхідні гарантії моральної, економічної та професійної незалежності лікаря; 8) якщо розмір гонорару за медичні послуги не визначений прямою угодою між пацієнтом і лікарем, організації, що фінансують надання

медичних послуг, повинні адекватно оцінити й оплатити працю лікаря; 9) розмір гонорару лікаря повинен залежати від характеру медичної послуги. Вартість медичних послуг повинна визначатись за угодою з участю представників медичної спільноти, а не одностороннім рішенням організацій, що фінансують надання медичних послуг, чи уряду; 10) якість та ефективність медичної допомоги, яку надає лікар, обсяг, ціну та кількість наданих ним послуг повинні оцінювати лише лікарі, керуючись переважно регіональними, ніж національними стандартами; 11) інтереси хворого диктують, що не може існувати жодних обмежень права лікаря на приписування препаратів і призначення лікування, адекватних сучасним стандартам; 12) лікар повинен активно поглиблювати свої знання і підвищувати професійний рівень [79]. Не зупиняючись детально на аналізі кожного із наведених принципів, можна говорити про те, що вони поєднують у собі і сторону пацієнта, і сторону лікаря, і загальні засади організації національних систем охорони здоров'я. У цьому аспекті Б. О. Логвиненко слушно наголошує на відсутності належного відображення під час реалізації медичної реформи в Україні принципів регіонального підходу, урахування позиції професійних медичних організацій, формування прозорих та адекватних механізмів обрахування заробітної плати медичних працівників [207, с. 122].

У публікації ВООЗ «Права людини і здоров'я» зроблено акцент на таких принципах забезпечення прав людини, як:

1) підзвітність – держави та інші уповноважені суб'єкти несуть відповідальність за дотримання прав людини. Разом із тим, все ширше визнається значимість інших недержавних структур, таких як комерційні організації у сфері дотримання та захисту прав людини;

2) рівність і недискримінація. Заборонена будь-яка дискримінація, наприклад, в доступі до медичної допомоги, а також в засобах і правах для отримання такого доступу, у зв'язку з расою, кольором шкіри, статтю, мовою,

релігією, політичними або іншими переконаннями, національним або соціальним походженням, майновим становищем, народженням, інвалідністю, станом здоров'я (включаючи ВІЛ/СНІД), сексуальною орієнтацією і громадянським, політичним, соціальним або іншим статусом, метою або результатом якої є негативний вплив на можливості рівної реалізації або реалізацію права на здоров'я;

3) участь. Для участі необхідно забезпечити, щоб всі зацікавлені сторони, включаючи недержавні структури, були причетні до процесів розробки на всіх етапах програмного циклу (таких як оцінка, аналіз, планування, здійснення, моніторинг та аналітичний звіт) і контролювали ці процеси. Участь передбачає щось більше, ніж консультування, або технічні додатки до розробки проекту; вона повинна включати чіткі стратегії, спрямовані на розширення прав і можливостей громадян, особливо найбільш уразливих груп, з тим щоб очікувані ними результати були визнані державою;

4) загальність, неподільність і взаємозалежність. Права людини є загальними і невід'ємними. Вони реалізуються на рівних підставах відносно всіх людей, всюди, без винятку. Стандарти у сфері прав людини – права на харчування, здоров'я, освіти і право не піддаватися тортурам та нелюдському або такому, що принижує людську гідність, поводженню – також взаємопов'язані. Удосконалення в області дотримання будь-якого одного права сприяє поліпшенням у сфері дотримання інших прав. Аналогічно, погіршення у сфері дотримання одного з прав негативно позначається на дотриманні інших прав [315]. Запропоновані ВООЗ принципи і стандарти забезпечення права на охорону здоров'я мають чіткий орієнтир на людину та відрізняються відсутністю організаційних засад у формуванні переліку таких принципів.

У статті 10 додаткового протоколу до Американської конвенції про права людини (Пакт Сан-Хосе) в сферах економічних, соціальних та культурних прав, «Сан-Сальвадорський протокол» (1988 р.) закріплено, що кожен має право на



охорону здоров'я, що розуміється як право на найвищий рівень фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Для забезпечення реалізації права на охорону здоров'я держави-учасники визнають здоров'я суспільним благом і, зокрема, вживають такі заходи для забезпечення цього права: 1) первинна медико-санітарна допомога, тобто базова медична допомога, доступна для всіх людей і сімей в суспільстві; 2) поширення медичних послуг на всі категорії осіб, які підпадають під юрисдикцію держави; 3) загальна імунізація проти основних інфекційних захворювань; 4) профілактика і лікування ендемічних, професійних та інших захворювань; 5) просвіта населення щодо профілактики та лікування проблем зі здоров'ям; 6) задоволення медичних потреб груп найвищого ризику та тих, чия бідність робить їх найбільш уразливими [598].

Відмітимо, що у 1986 році в м. Оттава (Канада) пройшла перша міжнародна конференція ВООЗ з поліпшення здоров'я, на якій було оприлюднено документ – Оттавська хартія, що містив, серед іншого, п'ять керівних принципів первинної медико-санітарної допомоги. До таких принципів були віднесені:

1) доступність – або забезпечення того, щоб послуги первинної медико-санітарної допомоги були доступні, доступні за ціною та надавалися в рівному ступені для всіх людей незалежно від їх віку, етнічної приналежності або місця знаходження;

2) участь громадськості або спільноти – або залучення всіх ресурсів суспільства у зміцненні здоров'я та вирішення проблем зі здоров'ям на базовому рівні;

3) зміцнення здоров'я – або допомога спільноти у зміцненні соціально-економічних умов, що сприяють доброму здоров'ю. Оттавська хартія визначає такі передумови для здоров'я як мир, притулок, освіта, харчування, дохід, стійкі ресурси, соціальна справедливість та рівність;

4) належне використання технологій – або використання медичних технологій, які є доступними, здійсненими і культурно прийнятними для окремих осіб та суспільства;

5) міжсекторальне співробітництво – або визнання того, що здоров'я і благополуччя будь-якої спільноти не залежить виключно від ефективних медичних послуг. Уряди, підприємства та організації у інших секторах не менш важливі для зміцнення здоров'я та самодостатності спільнот [710]. Представлені принципи спрямовані на забезпечення громадського здоров'я, наголошуючи при цьому, на важливості співпраці для досягнення високих показників щодо його забезпечення.

Останніми, слід назвати п'ять принципів, що ставлять в охороноздоровчих відносинах першим пацієнта. Такими принципами визначені:

1) загальне покриття медичною допомогою. Це стосується доступного для всіх медичного обслуговування;

2) відповідальне зменшення витрат. Мається на увазі, що контроль витрат не може відбуватися за рахунок якості медичного догляду. Заощадження коштів можливе за рахунок використання технологій для зменшення адміністративних витрат, медичних помилок, а також завдяки підвищенню обізнаності та профілактики хронічних захворювань і ожиріння;

3) скасування виключень з існуючих умов. Людям з хронічними захворюваннями не можна відмовляти у медичному страхуванні чи змушувати їх платити вищі видатки (франшизу), що ускладнює отримання своєчасної та всебічної медичної допомоги. Аналогічним чином, ступінь охоплення медичними послугами повинен бути однаковим для усіх, хто має хронічні захворювання, включаючи психічне здоров'я та рідкісні розлади;

4) усунення обмежень. Вказаний принцип стосується усунення обмежень, передбачених планами медичного страхування або у зв'язку з виникненням захворювання, що може призвести до зубожіння пацієнта та членів його сім'ї;

5) забезпечення доступу до довгострокової допомоги та допомоги після закінчення життя. Сьогодні висока поширеність хронічних захворювань та інвалідності робить останні роки життя найскладнішими для людей похилого віку та їх сімей. Система охорони здоров'я має повільно адаптуватися до задоволення потреб старіння населення щодо варіантів надання тривалого догляду [634].

На підставі викладеного можна запропонувати власне бачення системи принципів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та визначення поняття таких принципів безпосередньо.

Отже, до принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я віднесено наступні:

- 1) визнання здоров'я людини найвищою соціальною цінністю;
- 2) законність;
- 3) недопущення дискримінації у реалізації права;
- 4) повнота і всебічність доступу до медичної допомоги;
- 5) підзвітність;
- 6) комплексність;
- 7) економічна ефективність;
- 8) дотримання етичних норм і стандартів;
- 9) якість та ефективність медичної допомоги;
- 10) пріоритетність збереження здоров'я (профілактична спрямованість).

Особливостями названих принципів визначено те, що вони: а) не закріплені у чинному законодавстві або відображені фрагментарно; б) забезпечуються певними категоріями суб'єктів у сфері охорони здоров'я; в) мають спрямованість на здоров'я людини та права пацієнта зокрема; г) створюють умови і визначають стандарти для реалізації права на охорону здоров'я.

Під принципами адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти вихідні положення, засади та стандарти, на підставі та відповідно до яких має здійснюватись забезпечення реалізації права на охорону здоров'я уповноваженими на те суб'єктами.

Системою названих принципів слід вважати структуру, утворену єдністю розташованих у закономірності відокремлених принципів, поєднання яких створює підґрунтя для всебічного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Функції адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я також потребують детального розкриття.

Не зупиняючись детально на етимології поняття «забезпечення», поділяємо думку О. М. Гуміна та Є. В. Пряхіна відносно того, що адміністративно-правове забезпечення доцільно розглядати у двох аспектах: широкому та вузькому. Відповідно до широкого розуміння, адміністративно-правове забезпечення є упорядкуванням суспільних відносин уповноваженими на те державою органами, їх юридичним закріпленням за допомогою правових норм, охороною, реалізацією і розвитком. З іншого боку, у вузькому аспекті, визначення адміністративно-правового забезпечення буде змінюватись залежно від того, про які суспільні відносини йтиме мова [76, с. 49].

Загалом, у тлумачному словнику сучасної української мови функція визначається у чотирьох значеннях, а саме, як: а) явище, яке залежить від іншого явища, є формою його виявлення і змінюється відповідно до його змін; б) робота кого-, чого-небудь, обов'язок, коло діяльності когось, чогось. Призначення, роль чого-небудь; в) специфічна діяльність організму людини, тварин, рослин, їхніх органів, тканин і клітин; г) величина, яка змінюється зі зміною незалежної змінної величини (аргументу) [49, с. 1552].

Крім того, функції доволі часто визначають не лише як певне коло діяльності, а як відокремлений, самостійний її напрямок. Нажаль, такі функції

не консолідовано і не закріплено у чинному законодавстві. Водночас, їх можна виокремити, провівши аналіз шляхів та сфер діяльності, за якими держава в особі органів публічної влади за допомогою адміністративно-правових засобів, здійснює забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Причому забезпечення тут має включати як створення надійних умов (гарантування) для всебічної реалізації цього права, так і його захист (охорону) від протиправних посягань та інших небезпек.

Щодо пріоритетних напрямів адміністративно-правового забезпечення, М. Пришляк пропонує розглядати їх як конкретні кроки, що необхідно взяти для того, щоб стан справ із таким забезпеченням став кращим. Вчений пропонує два кроки, відповідно до яких має відбуватися покращення рівня забезпечення: а) утвердження обов'язковості проведення медичного обстеження (нормативне закріплення) та б) організаційно-штатні зміни системи охорони здоров'я з виокремленням відповідних структур [320, с. 348].

В. М. Подойніцин у своєму дослідженні також зупиняється на організаційному (створення органу, відповідального за напрямок) та нормативно-правовому рівнях (розробка і прийняття нормативно-правових актів) [297, с. 88].

На противагу дуальному підходу К. В. Барсуков виокремлює три основні напрями адміністративно-правового забезпечення: нормативно-правовий, науковий та інформаційний [20, с. 7, 9, 12].

Ще одна позиція представлена у дослідженні Ю. В. Цуркан-Сайфуліної, яка наголошує на тому, що мова має йти про забезпечення реалізації норм права шляхом запровадження процедур реалізації права, формування органів та інститутів нагляду за дотриманням правових норм, уведення санкцій за недотримання правових норм [560, с. 289]. Наведений підхід відрізняється тим, що включає до напрямів забезпечення нову складову – відповідальність, санкції за невиконання передбачених нормами приписів.

Необхідно відмітити розгляд функцій у сфері інформаційної безпеки, які, на думку П. О Яковлева, складаються з таких груп: а) функції організаційного забезпечення; б) функції правового забезпечення; в) функції інформаційного забезпечення; г) функції матеріально-технічного та фінансового забезпечення; г) функції державного контролю; д) функції оперативного реагування на загрози; е) функції оперативного реагування на правопорушення у сфері інформаційної безпеки [589, с. 156].

Зі свого боку О. М. Куракін виокремлює наступні функції правового регулювання: впорядкування, гарантування, координації і захисту інтересів, інтегративна, політична, стабілізуюча, моделювання, орієнтувальна, стимулювання та обмеження [191, с. 54].

Зауважимо, що у дослідженні вживається поняття «забезпечення», яке включає організаційний, захисний та регулюючий компоненти.

Спираючись на викладені наукові позиції, можна визначити основні функції адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, до яких відносяться такі:

1) нормативно-регулююча, що проявляється у врегулюванні поведінки суб'єктів суспільних відносин у сфері охорони здоров'я;

2) ідеологічно-виховна, яка стосується формування громадської свідомості щодо формування ціннісних орієнтирів у сфері охорони здоров'я та уявлення про реалізацію цього права;

3) інформаційно-комунікаційна, спрямована на обмін інформацією між суб'єктами щодо забезпечення права на охорону здоров'я;

4) превентивна, змістом якої є визнання пріоритету превентивних (профілактичних) заходів у реалізації права на охорону здоров'я;

5) охоронна, що полягає у забезпеченні охорони здоров'я засобами адміністративно-правового примусу.

Звичайно, наведений перелік функцій адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є умовним, адже характер такого забезпечення постійно змінюється та удосконалюється під впливом низки чинників.

Загалом, під функціями адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти обумовлені характером і змістом права на охорону здоров'я відокремлені складові (напрямки) адміністративно-правового забезпечення його

Таким чином, визначення та подальше нормативне закріплення принципів і функцій адміністративно-правового забезпечення має сприяти покращенню стану реалізації права на охорону здоров'я в Україні.

## **Висновки до розділу 1**

1. У першому розділі дисертації охарактеризовано систему методів наукового пізнання предмета дослідження. Сформульовано, що методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є системою філософських, загальнонаукових, конкретно-спеціальних методів, за допомогою яких відбувається процес пізнання адміністративного забезпечення права на охорону здоров'я в державі. Філософські методи пізнання застосовуються для виявлення базових категорій під час дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, зокрема це цінність здоров'я, співвідношення його поняття із суспільними, державними інтересами. Загальнонаукові методи використовуються для визначення категоріального апарату, його елементів. Конкретно-спеціальні методи дають можливість повністю та всебічно дослідити адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я і запропонувати напрями подальшого розвитку наукових положень і вдосконалення законодавства.

Виявлено, що базовим методом для пізнання адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є аксіологічний метод, який дозволяє виявити значущість адміністративно-правового забезпечення, системні проблеми у формуванні сучасних цінностей охорони здоров'я, сформулювати пропозиції щодо їх урахування під час подальшого проведення медичної реформи, управління системою охорони здоров'я.

2. У процесі дослідження генезису адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я було виявлено, що у світі сформувалися дві тенденції щодо адміністративно-правового забезпечення реалізації вказаного права: 1) підтримка права на охорону здоров'я на базі медичного страхування з елементами підтримки держави; 2) забезпечення права на охорону здоров'я як обов'язку людини, її соціальної відповідальності та економічних можливостей. Визначено, що державна політика у сфері адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я здійснюється у двох напрямках: забезпечення громадського здоров'я та забезпечення індивідуального здоров'я. Наголошено, що лише сукупність цих категорій дозволяє визначити наявність гарантій реалізації права на охорону здоров'я, оскільки охорона громадського здоров'я не можлива без індивідуального та навпаки. Виявлено, що для запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, були запроваджені обмеження прав людини із конкретизацією їх характеру і строків (права людини на вільне переміщення, здійснення підприємницької діяльності, перевезення пасажирів, очне отримання освіти, проведення масових зборів, припинення надання (постачання) комунальних послуг, перебування на вулицях без документів, що посвідчують особу, тощо).

Вказано, що адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я – це система дій уповноважених суб'єктів, яка передбачає



цілеспрямований вплив на стан забезпечення реалізації права на охорону здоров'я за допомогою норм права, засобів, форм і методів адміністративно-правового впливу.

3. Визначено й охарактеризовано поняття і види принципів та функцій адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Запропоновано різноманітні підходи до визначення принципів у сфері охорони здоров'я, що дозволило класифікувати та сформулювати авторське визначення принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я з урахуванням правового і медичного поглядів. Розглянуто як загальні організаційні принципи, так і принципи, що відображають окремі складові забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в індивідуальному та громадському аспектах. Обґрунтовано, що принципи являють собою більш стійке утворення, ніж норми права, але і сама система принципів може змінюватися, впливаючи на правові норми. Так, принципи відкритості законів та справедливості не можна вважати такими, що існували від моменту становлення національної системи права. Вони є, скоріше, надбаннями людської цивілізації, які поступово закріпилися у вітчизняних і міжнародних джерелах права. Наголошено на: 1) наявності зв'язку між принципами права та принципами забезпечення прав людини; 2) закріпленні відповідних принципів у нормах чинного законодавства; 3) переважно стійкому характері системи принципів, що має тенденцію до збільшення; 4) відсутності єдиної наукової позиції щодо переліку таких принципів.

До особливостей принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я віднесено те, що вони: а) не закріплені в чинному законодавстві або відображені фрагментарно; б) забезпечуються певними категоріями суб'єктів у сфері охорони здоров'я; в) спрямовані на здоров'я людини, зокрема на права пацієнта; г) створюють умови і визначають стандарти для реалізації права на охорону здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### МОДЕЛІ, УМОВИ ТА НАПРЯМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1. Конституційні засади реалізації права людини на охорону здоров'я та умови їх адміністративно-правового забезпечення**

У праці «World Population Prospects 2019» про перспективи світового населення, підготовленій за підсумками 2019 року в ООН зазначається, що станом на 2019 рік населення України (разом з тимчасово окупованими територіями Донбасу та Криму) оцінюють в приблизно у 44 мільйони. 15,9 % населення – молодші 15 років, 9,5 % – віком від 15 до 24 років, 57,8 % – віком від 25 до 64 років, 16,7 % – старші 65 років. Співвідношення осіб віком від 24 до 65 років до тих, кому понад 65 становить – 3,5 %. Річний показник зміни населення становить – 0,6 %. Середня прогнозована тривалість життя при народженні становить 72,1 року, прогнозована тривалість життя у віці понад 65 років – 15,2 року. Відповідно до прогнозів ООН у майбутньому в Україні зберігатиметься тенденція до зниження кількості населення, знижуватимуться як рівень смертності, так і рівень народжуваності, дещо підвищиться загальна фертильність (рівень народжуваності), відчутно підвищиться середня тривалість життя. Відповідно, це призведе до того, що відсоток осіб віком понад 65 років підвищиться [225]. Наведені показники не лише демонструють загальну скорочуваність населення за рахунок його старіння та зменшення народжуваності, а й те, що середня тривалість життя в Україні є помітно меншою, ніж в інших державах Європи. Негативними чинниками тут виступають екологічні, економіко-політичні та соціальні обставини, що у своїй сукупності значно погіршують стан громадського здоров'я в Україні. Крім того,

до таких негативних чинників слід віднести і дестабілізуючий вплив аварії на Чорнобильській АЕС у 1986 році, збройна агресія Російської Федерації що триває дотепер, політична кризу 2014 року та невдала реалізація реформи системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Необхідно додати, що за результатами міжнародного опитування Gallup International, яке в Україні проводив фонд Демократичні ініціативи спільно з Київським міжнародним інститутом соціології, Індекс щастя в Україні у 2020 році є нижчим, ніж у світі в цілому. Крім того, Україна демонструє різке падіння у порівнянні з 2019 роком – 33 %, тоді як у 2020 році – 14 %. З поміж 41 держави, де проводилося дослідження, Україна належить до 5 найбільш нещасливих країн світу. Гірші показники має лише Північна Македонія, Гана, спецадміністративний район Китаю – Гонконг та Вірменія [546]. Рівень щастя хоча і вбачається достатньо умовним критерієм оцінювання, проте він безпосередньо пов'язаний зі статистикою самогубств, психічних розладів, соціального благополуччя та задоволення життям загалом. Не буде перебільшенням твердження, що нещасливе населення не здатне побудувати щасливу державу, а отже поточний стан справ в Україні потребує докорінних змін.

Одним з найбільш важливих прав людини, ефективність забезпечення державою якого безпосередньо впливає на стан національної безпеки, є право на охорону здоров'я. Причому здоров'я кожної особи формує у сукупності стан громадського здоров'я, а отже і впливає на якість людських ресурсів, що обумовлюють економічний розвиток, добробут та боєздатність держави.

Право на охорону здоров'я можна розглядати у призмі його конституційно-правового гарантування, де норми Основного Закону визначають обсяг цього природного права. Утім, конституційні приписи потребують дієвих механізмів реалізації, що неможливо уявити без залучення до правової основи таких механізмів законодавчого масиву, представленого нормами різних

галузей національного права. Серед таких норм найбільше навантаження покладається на адміністративно-правові норми у сфері охорони здоров'я, що обумовлено їх управлінською природою.

Варто погодитись з тезою Р. С. Мельника, що адміністративне право є конкретизованим конституційним правом, чим і може бути пояснений їхній надзвичайно тісний взаємозв'язок. Конституційні положення не відрізняються конкретністю, яка є необхідною для повноцінного регулювання суспільних відносин, що виникають у сфері публічного управління. У свою чергу, деталізація конституційних положень забезпечується внаслідок прийняття відповідних норм адміністративного права [223, с. 9]. Наведене у повній мірі стосується гарантованого Конституцією права на охорону здоров'я, всебічна і повна реалізація якого неможлива без його адміністративно-правового забезпечення.

З. С. Гладун також відмічає, що серед правових норм, які регулюють відносини у сфері охорони громадського здоров'я, центральне місце належить нормам адміністративного права, що дозволяє вести мову про адміністративно-правову охорону здоров'я, яка передбачає здійснення певного виду різноманітних заходів з метою забезпечення і зміцнення здоров'я засобами адміністративного права [62, с. 106].

Загальним поштовхом до якісних змін щодо забезпечення права людини на охорону здоров'я в Україні слід вважати підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (далі – ЄС) від 21 березня та 27 червня 2014 р., в якій було зазначено що «співробітництво у сфері юстиції, свободи та безпеки буде відбуватися на основі принципу поваги до прав людини та основоположних свобод» (ст. 14) [545]. Прийняття на себе міжнародних зобов'язань інтенсифікувало необхідність запозичення досвіду держав ЄС щодо закріплення конституційних засад забезпечення права людини на здоров'я з урахуванням наведених принципів. Крім того, модернізація вітчизняної системи

охорони здоров'я дозволить наблизити рівень цього права до стандартів, що діють у державах ЄС.

Поряд з позитивними моментами, недосконала державна політика у сфері охорони здоров'я зумовлює існування певних проблем. Б. О. Логвиненко зазначає, що такі прояви цих проблем відображаються на: реальному забезпеченні гарантованого Конституцією України права на охорону здоров'я щодо безоплатності медичної допомоги; відсутності чіткого курсу державної політики у сфері охорони здоров'я; невизначеності кінцевих результатів та строків завершення медичної реформи; неефективній організації карантинних заходів (COVID-19); стані економічної стабільності та обороноздатності держави [206, с. 54].

Варто зазначити, що серед систем охорони здоров'я в європейському регіоні Україна має один з найгірших показників та знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка збільшилась на 12,7 % за останні 20 років. При цьому в ЄС цей показник знизився на 6,7 %. Крім того, в Україні одну чверть від загальної кількості смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей) [456]. Отже, стає цілком очевидним, що в Україні забезпечення конституційних засад права на охорону здоров'я потребує перегляду, незважаючи на те, що це право не один раз згадується у Основному Законі.

Розкриваючи зміст права на охорону здоров'я можна погодитись з думкою І. Я. Сенюти, що воно належить до природних прав людини, є можливістю людини використовувати усі соціальні, насамперед, державні, засоби, спрямовані на збереження, зміцнення, розвиток та, у випадку порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану її організму [485, с. 110]. З іншого боку, право на охорону здоров'я може розглядатися як суспільне благо та визначатися через громадське здоров'я. У такому разі, воно може бути визначено як право суспільства (громади) на

доступ до медичної допомоги, лікування та мінімізацію захворювань з метою досягнення максимально досяжної середньої тривалості життя з одночасним забезпеченням найвищої якості фізичного та психічного здоров'я кожного індивіда.

Дійсно, громадське здоров'я, як самостійна складова права на охорону здоров'я, потребує сьогодні більшої уваги, через неможливість його розгляду у тотожності з індивідуальним правом. До того ж, у публічно-правових відносинах саме громадське здоров'я є найбільш пріоритетним об'єктом регулювання. Фахівці з державного управління В. В. Лещенко та Я. Ф. Радиш розуміють під громадським здоров'ям науку та мистецтво запобігання захворюванням, продовження життя та зміцнення фізичного і психічного здоров'я шляхом ефективного й організованого впливу громади та суспільства на цей процес, а також досягнення необхідної результативності завдяки цілеспрямованим зусиллям населення. Вони також наголошують на важливості громадського здоров'я як економічного та соціального потенціалу країни, що дозволяє забезпечити оптимальний рівень якості й безпеки життя [201, с. 105].

На противагу дуалістичному підходу І. Я. Сенюти відносно змісту права на охорону здоров'я Ю. Швець включає до складу названого права конституційно гарантовані свободи. До таких він відносить свободу контролю за своїм здоров'ям і тілом, статеву та репродуктивну свободи [572, с. 137]. Слід не погодитись з доцільністю виокремлення свобод людини, як складових права на охорону здоров'я, оскільки відповідні свободи за своїм аксіологічним значенням є тотожними до прав, але мають певні відмінності у змісті та можливостях реалізації. Тому їхнє співставлення з правами людини у сфері охорони здоров'я вбачається передчасним.

Загалом, конституційні основи реалізації права людини на охорону здоров'я та умови їх адміністративно-правового забезпечення можна проаналізувати у логічному поєднанні цих категорій, де першочерговими є

положення Конституції, тоді як норми адміністративного права забезпечують можливість їх реалізації та ефективність дії.

Так, ст. 3 Конституції України проголошено, що «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава звітує перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» [168]. З цього основоположного принципу закономірно випливає й логіка побудови пріоритетних функцій держави, стратегічних і тактичних цілей її діяльності. Зокрема, права, свободи та обов'язки людини і громадянина, у тому числі й на охорону здоров'я, закріплено у розділі II Основного Закону України. Це свідчить про відповідність даного закону міжнародним нормам права та є підтвердженням однієї з важливих ознак існування України, як демократичної держави [484, с. 25].

Оскільки право на здоров'я належить до групи невід'ємних прав людини, то природньо, що законодавець приділив увагу його конституційному забезпеченню вже у перших ст. розділу II Основного Закону. Так, у ст. 3 Конституції України проголошено те, що здоров'я людини належить до найвищих соціальних цінностей [168].

Як закріплено у Концепції розвитку громадського здоров'я в Україні від 30.11.2016 № 1002-р здоров'я населення є однією з найбільших цінностей та необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни. Створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж всього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення є одним з основних завдань, визначених Стратегією сталого розвитку «Україна – 2020», схваленою Указом Президента України від 12.01.2015 № 5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної

енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [444]. Отже, конституційне положення про здоров'я, як одну із найвищих соціальних цінностей уточняється та знаходить продовження у підзаконних актах, прийняття яких спрямоване на збільшення можливостей для реалізації відповідного права через діяльність владних суб'єктів його забезпечення.

Наведені положення кореспондуються з ч. 3 ст. 27 Конституції України, у якій закріплено право кожного на захист свого життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань [168]. Конституційні норми знайшли продовження у кодифікованому законодавстві України, де наприклад, у ст. 17, 18, 19 Кодексу України про адміністративні правопорушення (далі – КУпАП), визначена «крайня необхідність» та «необхідна оборона», якими може бути передбачено звільнення від адміністративної відповідальності у зв'язку із захистом або загрозою для прав і свобод людини [153], а отже це стосується і права на охорону здоров'я як природного права людини.

Стаття 28 Конституції України безпосередньо не розкриває зміст права на охорону здоров'я, але юридичний аналіз її тексту свідчить про опосередковане його забезпечення. «Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим досліддам» [168]. Наведені конституційні положення є відображенням міжнародних стандартів у сфері прав людини на національному рівні. Так, ст. 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод від 04.11.1950 закріплено заборону катування, зокрема, недопустимість катування будь-кого, або недопущення нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження або покарання [163]. У аспекті забезпечення права на охорону здоров'я практика Європейського Суду з прав людини (далі – ЄСПЛ) включає до змісту цього права – забезпечення належних умов тримання під вартою, до яких належать і санітарно гігієнічні вимоги та стандарти. Також, сюди



відноситься незабезпечення своєчасної та належної медичної допомоги особам, які затримані або ув'язнені. Про масштаби порушень, як і про незадовільний стан справ щодо забезпечення вказаної складової права на охорону здоров'я може свідчити поточна ситуація, де більшість позовів до ЄСПЛ проти України задоволено повністю, або частково [479]. Тому внутрішньо організаційні адміністративно-правові норми, приміром, Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджені наказом Міністерства юстиції України від 14.06.2019 № 1769/5, не можна вважати досконалими та ефективними щодо гарантування права на охорону здоров'я [400].

На переконання О. Гатіятулліна обов'язком держави є забезпечення належної медичної допомоги в місцях несвободи: слідчих ізоляторах та виправних колоніях. Причому, для попередження катування та жорстокого поводження з метою зменшення кількості позитивних рішень ЄСПЛ щодо України за ст. 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод створено Національний превентивний механізм. Завдяки дії останнього, під час моніторингу установ виконання покарань, головним питанням має бути забезпечення засуджених або підслідних медичною допомогою [287]. Таким чином, організація надання доступу до медичної допомоги та медичних оглядів/обстежень для затриманих і ув'язнених осіб є вкрай важливим питанням, вирішення якого перебуває у адміністративно-правовій площині. Саме від прозорості регламентації процедур надання доступу до медичної допомоги залежить зменшення негативних показників направлення позовів до ЄСПЛ.

Із правом на охорону здоров'я тісно пов'язані й інші права людини, що логічно доповнюють та розкривають його зміст. У комплексі, вони складають потужний правовий масив, який стосується всебічного забезпечення права на охорону здоров'я та його складових. Так, ст. 16 Конституції України визначено

обов'язок держави щодо забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи – катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду Українського народу. Не буде перебільшенням твердження про важливість екологічного добробуту для високого рівня громадського здоров'я. Як вже наголошувалось екологічні фактори належать до дестабілізуючих чинників і негативно впливають на стан здоров'я.

Стаття 16 Конституції України відповідає Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища», у ст. 50 якого визначено поняття екологічної безпеки як стану навколишнього природного середовища, при якому забезпечується попередження погіршення екологічної обстановки та виникнення небезпеки для здоров'я людей, що гарантується здійсненням широкого комплексу взаємопов'язаних екологічних, політичних, економічних, технічних, організаційних, державно-правових та інших заходів [425]. Отже, акцент на забезпеченні охорони здоров'я засобами адміністративного права прослідковується і тут.

Варто погодитись із тим, що збереження генофонду нації потребує термінового впровадження низки заходів для покращення ситуації із станом національної безпеки України. «Створення дієвого механізму захисту прав людини є запорукою мінімізації загроз для національної безпеки України, що особливо актуально в умовах викликів сьогодення» [574, с. 346].

Окрім того, відповідно до ст. 29 Основ законодавства про охорону здоров'я в інтересах збереження генофонду народу України, запобігання демографічній кризі, забезпечення здоров'я майбутніх поколінь і профілактики спадкових захворювань держава здійснює комплекс заходів, спрямованих на усунення факторів, що шкідливо впливають на генетичний апарат людини, а також створює систему державного генетичного моніторингу, організує медико-генетичну допомогу населенню, сприяє збагаченню і поширенню наукових

знань у сфері генетики та демографії. Медичне втручання, яке може викликати розлад генетичного апарату людини забороняється [272].

Як відмічає Д. О. Микитенко розвиток антропогенного навантаження на середовище існування людини призводить до погіршення генофонду населення, а медико-генетичної допомоги потребують все більше населення. Відповідний факт потребує переосмислення ролі медичної генетики, визначення важливості роботи медико-генетичної служби у відтворенні поколінь і забезпеченні здоров'я населення, оскільки здатність жити та народжувати отримують люди, які без досягнень сучасної медицини не мали б такого шансу [229, с. 74]. Опосередковано про наявність проблем з адміністративно-правовим забезпеченням вказаної складової права на охорону здоров'я може свідчити те, що наказ про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні було затверджено МОЗ України ще у 2003 році і з того періоду конструктивних змін та доповнень до його змісту не вносилося [447].

Між тим, О. М. Андреєва підкреслює важливість збереження здоров'я молоді, як пріоритетного завдання збереження генофонду. Для цього вона вважає за необхідне вирішити проблеми зі збереженням і зміцненням здоров'я населення України, які є настільки актуальними, що становлять одну з найважливіших внутрішніх функцій нашої держави [11, с. 44].

Цікавим є зв'язок права на охорону здоров'я та права на відпочинок, гарантованого ст. 45 Конституції України. Останнім передбачено встановлення скороченого робочого дня щодо окремих професій і виробництв, а також скорочена тривалість роботи у нічний час [168]. Відповідний Перелік виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня встановлено Постановою Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 № 163 [383], а пропозиції до цього переліку узгоджуються з МОЗ України.

Крім того, А. Падалка підкреслює зв'язок між адміністративним і трудовим правом. Вона наголошує на заходах, необхідних для вдосконалення адміністративно-правового захисту трудових прав працівників у сучасних умовах. Серед таких заходів виділяється застосування адміністративного впливу, що дає нам підстави стверджувати про адміністративно-правове забезпечення конституційно гарантованого права на відпочинок [277, с. 435].

Наступна стаття 46 Конституції визначає право громадян на соціальний захист, що включає право на їхнє забезпечення у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом [168]. Відповідно до ст. 16 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 до прав застрахованих осіб належать, серед іншого, послуги з медичної реабілітації, відшкодування витрат під час проходження медичної реабілітації на проїзд до місця лікування та послуги соціальної реабілітації, включаючи придбання автомобіля, протезів, допомогу у веденні домашнього господарства, що надаються відповідно до законодавства [366].

Необхідно зауважити, що у зв'язку із бойовими діями щодо стримування збройної агресії Російської Федерації значно підвищилась кількість осіб, які потребують протезування та ортезування внаслідок поранень та не бойових травмувань. Для нормативного врегулювання зазначених питань було прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 01.10.2014 № 518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та/або

забезпеченні їх проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» [92]. Отже, роль адміністративного законодавства у забезпеченні дієвості вказаної конституційної норми є надзвичайно важливою, адже соціальний захист є запорукою державного піклування для незахищених (соціально вразливих) груп населення.

Пов'язаним із правом на охорону здоров'я слід вважати також право кожного на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди, гарантоване ст. 50 Конституції України [168]. Як відмічає, М. Г. Герасько діючим законодавством України передбачено низку способів захисту екологічних прав громадян, проте вони й досі важко реалізуються на практиці, а реалізація їх потребує часу та значних зусиль, в першу чергу, від пересічних громадян України [59, с. 112]. Небезпечне для здоров'я довкілля спричиняє шкоду здоров'ю кожної особи, яка зазнає негативного впливу, але у сукупності негативний вплив поширюється на всіх мешканців території, де стан довкілля є незадовільним. А це вже перетворює проблему охорони здоров'я з індивідуальної на громадську.

На думку О. М. Єщука, адміністративно-правова охорона довкілля має важливе значення, так як екологічні проблеми «не визнають» державних кордонів, політичних протиріч, міждержавних конфліктів тощо [111, с. 130]. З цим складно не погодитись, але потрібно враховувати те, що значення адміністративно-правової охорони довкілля має полягати у дієвості заходів, простоті та ефективності регламентованих нормативно-правовими актами процедур тощо. Все інше свідчить про важливість охоронюваної засобом права царини, а ніяк не самої охорони чи забезпечення.

Ключовою статтею Конституції України, що визначає право на охорону здоров'я є ст. 49, згідно з якою кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і

оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [168]. З конституційної норми вбачається, що право на охорону здоров'я охоплює три складові: охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

І. Я. Сенюта слушно відмічає, що у ст. 13 Європейської соціальної хартії [107] визначено право на соціальну та медичну допомогу. З метою ефективного забезпечення реалізації права на соціальну та медичну допомогу вказана Хартія зобов'язує держави-підписанти: 1) забезпечити, щоб кожна особа, яка опинилась без адекватних ресурсів і не здатна набути такі ресурси шляхом власних зусиль чи з інших джерел, зокрема з фондів соціального забезпечення, змогла б отримати необхідну допомогу на випадок хвороби; 2) забезпечити, щоб така допомога не призвела б до скорочення політичних і соціальних прав осіб, що її отримують; 3) передбачити, щоб кожен міг отримати через відповідні державні та приватні служби таку пораду і особисту допомогу, які необхідні, щоб запобігти, ліквідувати чи полегшити особисту чи сімейну потребу [491, с. 277].

Такі ж складові виділяє і В. Є. Ковригіна, яка відносить до складових поняття права на охорону здоров'я – охорону здоров'я та медичну допомогу. На переконання вченої, вони не є рівнозначними, а співвідносяться як загальне й похідне. Причому загальним є право на охорону здоров'я, а похідним – право на медичну допомогу [151, с. 130]. З таким не можливо погодитись, оскільки положення ст. 49 Конституції України виділяють три компоненти права на охорону здоров'я (охорона здоров'я, медична допомога, медичне страхування), проте найголовніша проблема полягає не у визначенні змісту цього права, а у його реальному забезпеченні правовими засобами.

Що стосується безоплатності права на медичну допомогу, його зміст було розтлумачено у Рішенні Конституційного Суду України від 29.05.2002 № 10-рп/2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу). Зокрема, у рішенні зазначено, що положення ч. 3 ст. 49 Конституції України слід розуміти так, що «у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги» [470]. Це рішення є важливим, адже визначає обов'язок державних і комунальних (муніципальних) закладів охорони здоров'я безумовно надавати медичну допомогу на безоплатній основі, хоча у реаліях сьогодення медична допомога надається відповідно до обсягів, передбачених програмами медичних гарантій, та регулюється Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. [354].

Як слушно відмічає Н. В. Уварова, аналіз конституційної норми ст. 49 не передбачає жодних обмежень, встановлених програмами медичних гарантій. Відповідно, Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. допущено звуження гарантованого Конституцією права, що не є допустимим [544, с. 79].

Конституційне закріплення права на охорону здоров'я знайшло продовження у спеціалізованому законодавстві, серед якого можна виділити Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [272] та Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» [363] тощо.

На перший погляд конституційне забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні вбачається достатнім. Так, у вітчизняній юридичній

науковій літературі (залежно від змісту відповідних законів) визначаються наступні права громадян у сфері охорони здоров'я: на профілактичні заходи, на доступність, на інформацію, на згоду, на свободу вибору, на приватність і конфіденційність, на безпеку, на індивідуальний підхід до лікування, на подання скарги, на відшкодування шкоди тощо [312]. Необхідно підкреслити, що такий перелік не є вичерпним і постійно доповнюється.

Деякими вченими-теоретиками і практиками з юридичного фаху звертається увага на суттєві прогалини вітчизняного законодавства щодо повноти визначення окремих термінів та понять, які в ньому містяться (включаючи і Конституцію України), та, які повинні розкривати сутність конституційних засад права на охорону здоров'я. Так само дискусійним залишається питання про доцільність і необхідність внесення змін до Конституції та її адаптації до моделі, заснованої на загальнообов'язковому державному медичному страхуванні. Така термінологічна невизначеність ускладнює формування єдиного уявлення про зміст конституційних положень та ускладнює практику адміністративно-правового забезпечення засад реалізації права на охорону здоров'я.

У цьому аспекті слід погодитись із С. В. Книшем щодо внесення змін до Конституції України необхідно встановити перелік захворювань (онкозахворювання, туберкульоз, СНІД та інші), які знаходяться поза межами безоплатної медичної допомоги, однак на які б розповсюджувалися державні гарантії щодо повної оплати лікування за рахунок коштів державного медичного страхування [149, с. 335].

Виходячи з проведеного аналізу, до проблем реалізації права на охорону здоров'я на нормативно-правовому рівні віднесено такі:

– відсутність чіткого розмежування змісту права на охорону здоров'я і на медичну допомогу [498, с. 91];



– недостатня визначеність різниці у поняттях «медична допомога» і «медична послуга», а також відсутність врегулювання питань надання безоплатної чи платної медичної допомоги таким групам суб'єктів як іноземці [572; 22, с. 136];

– нечіткість дефініції «державне управління охороною здоров'я» та «громадське здоров'я», а також відсутність у конституційно-правовому законодавстві деяких важливих понять (наприклад, «єдиний медичний простір») [201, с. 112];

– недосконалість і невідповідність новим реаліям життя конституційно-правового закріплення гарантій реалізації права людини на здоров'я [260, с. 412];

– повільність удосконалення нормативно-правового закріплення етапів проведення медичної реформи в Україні [483];

– недосконалість дефініцій «активна евтаназія» і «пасивна добровільна евтаназія» [567, с. 228–229];

– невідповідність конституційного права на охорону здоров'я і медичну допомогу в Україні основним міжнародно-правовим стандартам, оскільки в міжнародних договорах, учасником яких є Україна, це право розглядається набагато ширше, і включає в себе соціальне благополуччя людини [576, с. 530].

На науковому рівні перераховані проблеми можуть бути частково вирішені завдяки формулюванню та подальшому законодавчому закріпленню авторських дефініцій таких понять як «право на охорону здоров'я», «право на медичну допомогу», «медична послуга», «єдиний медичний простір», «медичне обслуговування», «фармацевтична допомога». Удосконалення юридичної термінології у сфері охорони здоров'я має також сприяти поліпшенню адміністративно-правового забезпечення конституційних гарантій реалізації права людини на охорону здоров'я [74, с. 174].

Упровадження позитивних змін щодо визначення конституційних засад реалізації права на охорону здоров'я має враховувати досвід держав-учасниць ЄС та ґрунтуватися на положеннях проектів, що пройшли успішне обговорення та рецензію у фахових колах і серед громадських ініціатив. Зокрема, з поміж них можна виокремити: проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України, представлений МОЗ України 07.08.2014 року, Національну стратегію побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років, Постанову Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» від 21.04.2016 року та Концепцію побудови нової національної системи охорони здоров'я України, анонсовану Незалежною експертною платформою «ПРО S VITA» 08.11.2017 року та інші [456; 262; 433; 169].

У підсумку можна стверджувати, що конституційні засади реалізації права на охорону здоров'я людини в Україні та умови їх адміністративно-правового забезпечення затверджені не лише в Конституції України, а й в нормативно-правових актах. Проведений аналіз конституційних норм свідчить про розпорошеність та недосконалість понятійно-категоріального апарату, що відображає вказане право. Причому наявність прогалин є характерною як для Конституції України, так і для адміністративного законодавства, спрямованого на удосконалення її положень.

Вважаємо більш доцільним вести мову про адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону людини, а не про забезпечення прав пацієнта. Людина може не бути у статусі пацієнта, але володіти правами у сфері охорони здоров'я та мати змогу їх реалізувати. У свою чергу, права пацієнта мають більш конкретизований характер і пов'язані з його статусом.

З викладеного вбачається, що реалізація права на охорону здоров'я забезпечується не лише наявністю конституційної основи у вигляді відповідної норми (норм), а й цілим комплексом нормативно-правових актів

адміністративно-правового характеру, які забезпечують дію проголошених у Конституції України положень. Без сприяння останніх неможливо уявити собі дієвий механізм правового регулювання не лише у контексті досліджуваного права, передбаченого ст. 49 Конституції України, а й взагалі, говорячи про права людини.

Зміст права на охорону здоров'я є складним і багатоаспектним та охоплює не лише норму ст. 49 Конституції України, а й положення інших статей, які прямо чи опосередковано стосуються окремих складових індивідуального чи громадського права на охорону здоров'я.

До конституційних засад реалізації права на охорону здоров'я можна включити такі: а) визнання права на охорону здоров'я як однієї з найвищих соціальних цінностей; б) можливості його захисту від протиправних посягань; в) недопущення катування, жорстокого, нелюдського або такого, що принижує його гідність, поводження чи покарання; г) обов'язок держави щодо забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи та збереження генофонду українського народу; ґ) скорочений робочий день для окремих професій і виробництв, а також скорочена тривалість роботи у нічний час; д) медична реабілітація як складова соціального захисту; е) безпечне для здоров'я довкілля та відшкодування завданої шкоди у разі порушення цього права; є) право на охорону здоров'я безпосередньо; ж) право на медичну допомогу; з) право на медичне страхування.

Перспективними шляхами для виправлення поточної ситуації у кращий бік можна вважати:

– закріплення у Конституції України обов'язку держави дбати про охорону здоров'я людини із відповідною термінологією (вживати такі терміни як «обов'язок», «зобов'язана», а не «сприяє» і «створює»);

– внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у частині детального визначення понять і термінів, які відображають всі аспекти (складові) реалізації права на охорону здоров'я людини;

– прийняття Закону України «Про децентралізацію системи охорони здоров'я в Україні», в якому чітко прописати принципові положення про загальнообов'язкове медичне страхування (у перспективі – ввести спеціальний «медичний податок»). Водночас, непорушним має залишитись принцип безоплатного надання медичних послуг у державних і комунальних (муніципальних) закладах охорони здоров'я на засадах рівності усім громадянам України, іноземцям, апатридам чи біпатридам, біженцям, особам, які звернулись з проханням про надання політичного притулку, переміщеним особам тощо;

– розробка і прийняття Медичного кодексу України, як базового кодифікованого законодавчого акту, що об'єднує у своєму змісті ключові інститути медичного права. З цього приводу Л. Заморська відмічає, що прийняття Медичного кодексу є першочерговим завданням, що дозволить комплексно охопити регулювання усіх правовідносин у сфері медичного обслуговування, та як наслідок зменшить прогалини й контрверзії в нормативному забезпеченні [121].

Необхідно констатувати, що результатом започаткованих у сфері охорони здоров'я реформ має стати збільшення середньої загальної тривалості життя в Україні, тоді як практика адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я має відрізнитися простотою та прозорістю процедур.

## 2.2. Моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я

Реалізацію права на охорону здоров'я неможливо уявити без сприяння спеціально утворених суб'єктів. Для цього державі необхідно утворити дієву систему, яка у повній мірі б забезпечувала можливості всебічного і повного здійснення цього права у співвідношенні до типової моделі такої організації.

Європейська політика «Здоров'я-2020» визначила пріоритетними напрями діяльності країн Європейського регіону ВООЗ зміцнення орієнтованих на людину систем охорони здоров'я, потенціалу охорони громадського здоров'я, а також підвищення готовності до надзвичайних ситуацій, епідеміологічного нагляду та реагування [294, с. 6]. Відповідно і Україні, як державі, що прагне до членства у Європейському союзі, необхідно змінити вектор модернізації охорони здоров'я від джерел фінансування до стандартів забезпечення прав людини. Для цього слід визначити модель, якій буде відповідати національна система охорони здоров'я після її трансформації.

Нагадаємо, що ідею «моделі» (лат. *modulus* – «міра, образ, спосіб») і «моделювання» використовували у власних працях ще античні мислителі, зокрема, Демокріт та Епікур. Широке впровадження цієї ідеї в науку, яке почалося ще у кінці XIX століття, було актуалізовано в теперішній час. Латинський термін «модель» у первісному значенні пов'язувався з будівельним мистецтвом, та практично у всіх європейських мовах вживався у значенні способу або речі, схожої в якомусь відношенні з іншою річчю [110].

Окреслюючи сутність управлінської моделі, І. П. Бегей зазначає, що її прийнято сприймати як теоретично вибудовану цілісну сукупність уявлень про те, як виглядає система управління, яка її структура та функції, як вона взаємодіє з різними суб'єктами, як адаптується до змін [25, с. 17].

Виникає питання, чому вжито поняття «модель», а не «система»? Пояснюючи власну точку зору, відмітимо те, що поняття «модель» переважно

відповідає завданням нашого дослідження, адже її визначають, як зразок, вірцевий примірник. Також, її визначають, як тип або певну марку. У свою чергу, «система» найчастіше сприймається як порядок, зумовлений правильним, планомірним розташуванням та взаємним зв'язком частин, або ж як певна будова, структура, що становить єдність закономірно розташованих та функціонуючих частин [49, с. 683, 1320]. Отже, моделі знаходять своє відображення у національних системах охорони здоров'я, тоді як названі системи більшою чи меншою мірою відповідають певній моделі.

Таким чином, необхідно сформулювати уявлення про основні моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, а також здійснити наукове обґрунтування відповідності вітчизняної системи охорони здоров'я одній із запропонованих моделей.

Зауважимо, що сьогодні у медико-правових та управлінських дослідженнях з проблем охорони здоров'я домінуючим підходом є розгляд моделей організації національних систем охорони здоров'я у співвідношенні до джерел фінансування сфери охорони здоров'я. Наведений підхід варто врахувати в дослідженні, проте він суперечить доктрині людиноцентризму внаслідок зміщення акцентів від людини (пацієнта) до державно-фінансової системи (фінансування медицини).

Наприклад, у частині «Очікувані результати» Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. зазначається, що її реалізація дасть можливість створити сучасну модель фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка, здатну забезпечити ефективне використання обмежених державних ресурсів у системі охорони здоров'я шляхом спрямування їх на покриття вартості фактично надаваних громадянам медичних послуг (принцип «гроші ходять за пацієнтом») [442]. Насправді, про права людини у змісті Концепції мова йде фрагментарно, тоді як головним пріоритетом лишається

зміна джерел фінансування. До того ж згаданий принцип «гроші ходять за пацієнтом» досі не впроваджено, попри заявлені у Концепції строки її завершення до 2020 року.

На противагу цьому, науковці вбачають головною метою реформування системи охорони здоров'я України забезпечення населення країни гарантованим правом на максимальний захист свого здоров'я повноцінною, якісною та доступною медичною допомогою. Реформа має бути спрямована на подолання корупції та запобігання зайвих витрат і кожна країна здійснює реформи з урахуванням власних національних традицій, світового та національного досвіду, оскільки охорона здоров'я в кожній країні є продуктом історії нації. Реформування охорони здоров'я має бути прагматичним, відштовхуватись від того, що існує, а не абстрактних категорій. Тому, поступові реформи мають шанс бути більш успішними та уникнути незворотних процесів [26 с. 127].

Існуючу в Україні модель охорони здоров'я О. Бобровська та І. Хожило уявляють як систему охорони індивідуального здоров'я, поганий стан якого обумовлює низькі місця України у світових рейтингах та спонукає до рішучих дій у напрямі змін на краще [33]. Наведене означає, що зусилля уповноважених суб'єктів спрямовані на задоволення індивідуальних потреб людини у сфері охорони здоров'я (що видається більш вдалим), але увага до проблем громадського здоров'я є неналежною. Це легко підтвердити звертаючись до непослідовної протидії COVID-19 в Україні, яка спостерігається і сьогодні. Також і В. Лехан влучно відмічає те, що систему охорони здоров'я України не можна назвати зорієнтованою на потреби людини [665, с. 32].

М. Кірова, Л. Мельник та Я. Радиш наголошують, що показниками ефективності державної політики України у сфері охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства в цілому в охороні здоров'я та медичній допомозі [143, с. 193].

Крім того, світовий досвід відносить до форм фінансування охорони здоров'я пряму сплату хворими послуг лікарів (direct payment), а також відшкодування їх страховими компаніями за рахунок платежів роботодавців і працівників (payroll taxation) або бюджетний перерозподіл податків на користь медицини (general taxation). Як стверджує С. М. Вовк, у будь-якому випадку процес надання медичної допомоги вимагає як мінімум, економічного обґрунтування витрат й пропозиції різних форм їх відшкодування, не кажучи про вже існуюче регулювання фінансових потоків [55, с. 290].

Виходячи з викладеного, слід здійснити аналіз підходів до типологізації моделей, керуючись ступенем участі держави і повноти забезпечення реалізації права людини на охорону здоров'я. Для цього варто звернутися до усталених наукових позицій щодо моделей, об'єднаних медичною сферою.

Насамперед, слід відмітити думку Д. В. Карамішева та Н. М. Удовиченко про те, що будь-яка модель функціонування системи охорони здоров'я заснована на класичних моделях соціальної політики, а саме:

а) соціал-демократична або скандинавська модель, сутність якої полягає в тому, що соціальне забезпечення є правом всіх громадян, що гарантується державним сектором. Фінансове підґрунтя цієї моделі полягає у стабільному та високому рівні виробництва, а державний сектор фінансує соціальну сферу через систему оподаткування;

б) консервативна (континентально-європейська) модель, головним принципом якої є страхування під державним наглядом. Система соціального страхування організовується та фінансується «соціальними партнерами» (роботодавцями та працівниками). Водночас, населення, не зайняте постійною працею або безробітне, змушене розраховувати на місцеві органи та громадські структури;

в) ліберальна модель, що розглядає ринок як найважливішу сферу відносин у суспільстві. Вона відрізняється від консервативної тим, що нею



передбачено соціальне забезпечення залишкового типу, тобто люди повинні бути здатними існувати в суспільстві і без соціального забезпечення [134, с. 131].

Щодо організації охорони здоров'я, В. С. Костюк зазначає про виокремлення експертами чотирьох класичних моделей, які відрізняються між собою джерелами фінансування: 1) модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська); 2) модель Бісмарка – медичне страхування (німецька); 3) модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська); 4) модель Семашка (колишня радянська) [178, с. 40]. Запропонований підхід включає чотири типові моделі, причому радянська модель (модель М. О. Семашка) досі має поширення серед країн, що розвиваються. При цьому принципи радянської моделі охорони здоров'я багато в чому співпадають з беверіджською моделлю, але на відміну від неї, радянській моделі притаманні всеосяжна роль держави в організації охорони здоров'я та надцентралізація управління [16 с. 75].

Важливо відмітити, що радянська модель, яка донедавна діяла в Україні не відповідала сучасним реаліям, оскільки створювалася в умовах планової економіки і не є придатною для функціонування в ринкових умовах. Крім того, основна перевага моделі Семашка – загальнодоступність медичної допомоги, яка за роки незалежності зазнала істотної корозії через значне скорочення фінансування охорони здоров'я з відповідним зростанням формальних і неформальних платежів населення при отриманні медичних послуг [199, с. 4].

В аспекті організації систем медичних послуг проводив комплексний аналіз національних моделей М. Ю. Поворозник, який розрізняє: 1) споживчо-орієнтовану модель, що базується на індивідуалістичному підході у наданні медичних послуг, домінуванні приватної системи охорони здоров'я та тісній взаємодії усіх суб'єктів процесу відтворення медичних послуг (медичних закладів, страхових компаній і споживачів) в якості вільних ринкових агентів; б) соціально-орієнтовану або солідарно-корпоративну модель (модель

Бісмарка), яка базується на принципах соціальної солідарності та субсидіарності медичного страхування, коли вартісні обсяги обов'язкового соціального страхування напряму залежать від рівня доходу громадян, а фінансування системи охорони здоров'я забезпечується цільовими внесками роботодавців і працівників [295, с. 25, 27]. У цьому разі дослідник взагалі скорочує кількість типових моделей до двох, залишаючи осторонь бюджетне фінансування медичної сфери, з чим категорично не можна погодитись.

На противагу бінарному підходу американський дослідник Т. Р. Рейд, розглядає чотири базових моделі охорони здоров'я: 1) модель Беверіджа (The Beveridge Model). До країн, що адаптували модель Беверіджа він відносить Великобританію, Іспанію, більшу частину Скандинавії, Нову Зеландію та Кубу; 2) модель Бісмарка (The Bismarck Model). Державами-реципієнтами моделі визначені Німеччина, Франція, Бельгія, Японія, Швейцарія та, певною мірою, Латинська Америка; 3) модель державного медичного страхування (The National Health Insurance Model). До цієї моделі фахівець відносить Канаду (класична модель) та нові індустріальні країни – Тайвань і Південну Корею, що також адаптували вказану модель; 4) Модель «з кишені» (The Out-of-Pocket Model). Пояснюючи сутність такої моделі вчений зазначає, що у сільських регіонах Африки, Індії, Китаю та Південної Америки сотні мільйонів людей проживають своє життя, ніколи не звертаючись до лікаря, хоча вони мають доступ до сільського цілителя. У бідному світі пацієнти іноді можуть знайти достатньо грошей, щоб оплатити медичні послуги, але в інших випадках вони платять картоплею, молоком, доглядом за дітьми або чим-небудь ще, що їм доводиться дати. Якщо у них нічого немає, вони не отримують медичної допомоги.

Примітно, що Т. Р. Рейд не відносить модель, прийняту США до приватної, як це робить більшість вітчизняних вчених, а стверджує про її комплексний характер, аргументуючи власну позицію тим, що відносно лікування ветеранів, то США нагадують Великобританію чи Кубу. Для

американців старше 65 років, що обслуговуються за програмою «Medicare», США схожі на Канаду. Для працюючих американців, які отримують медичну страховку від працедавця, США – як Німеччина. Але для 15 % населення, які не мають медичного страхового полісу, США подібні до Камбоджі або Буркіна-Фасо, або сільських регіонів Індії, де доступ до лікаря можливий, якщо пацієнт здатний оплатити рахунок з власної кишені, або, якщо достатньо хворий для того, щоб бути екстрено госпіталізованим до державної лікарні [712, с. 26–27].

Інший кут погляду запропонований Б. О. Логвиненком, який приймає за основу класифікації моделей публічного адміністрування сферою охорони здоров'я критерій обсягу їх публічних повноважень. Такими моделями він визначає: 1) імперативну модель, що характеризується винятковою роллю держави в адмініструванні сферою охорони здоров'я; 2) державну модель представлену домінуючим положенням держави, як ключового суб'єкта владних повноважень; 3) конкурентну модель, засновану на діяльності держави в ролі «рефері», який встановлює правила гри, проте сам не бере в ній участі [208, с. 31–32]. Позиція Б. О. Логвиненка заслуговує на увагу в тому, що залежно від обсягу повноважень можна визначити ступінь участі владних суб'єктів у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я.

Залежно від впливу держави на планування організації охорони здоров'я пропонує розрізняти типові моделі В. Ю. Чернецький, який вказує, що у міжнародній практиці, діяльності ВООЗ, системи охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн (СРСР, Болгарії, Угорщини, Польщі, Румунії, Чехії, Словаччини, частково Югославії) дістали назву «централізованих», де плани розвитку охорони здоров'я були невід'ємною частиною загальнодержавних планів соціально-економічного розвитку. До другої групи належать Бельгія, Нідерланди, Великобританія, Туреччина, Франція, Швеція та інші. Там існують доволі широкі процеси планування, але ці плани використовуються швидше як основні вказівки загальних напрямків діяльності. Нарешті, у третій групі країн

(Австрія, Італія та Іспанія) є лише окремі елементи планування охорони здоров'я [562]. Вважаємо, що наведена позиція потребує додаткової аргументації, адже фактично тут відбувається розрізнення не моделей організації охорони здоров'я, а радше, владного управлінського впливу на організацію національних медичних систем.

Н. Карпишин та М. Комуницька зазначають, що у сучасному світовому співтоваристві функціонують три класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Перша – це система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно-страхова. Вона характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити 50–90 % у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів. Друга модель – це система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Це так звана страхова система охорони здоров'я, в основі якої – модель Бісмарка. Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна [136, с. 111]. Наведений підхід, за яким кількість моделей утворена трьома типами, є найбільш поширеним щодо інших.

З цього приводу С. Г. Бойко відмічає, що спосіб фінансування сфери охорони здоров'я визначає також і систему організації охорони здоров'я. Зауважимо, що в кожній країні модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років та залежала від багатьох чинників. У першу чергу, це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни. Внаслідок цього, практично у кожній країні система

фінансування сфери охорони здоров'я не існує у «чистому» вигляді, є мобільною, тобто розвивається і змінюється [36, с. 45].

Погоджуючись з тим, що моделі охорони здоров'я не існують у чистому вигляді та конкретизуються у національних системах охорони здоров'я, ми не поділяємо думки автора щодо впливу способу фінансування сфери охорони здоров'я на охороноздоровчу систему. Вплив тих чи інших чинників, у тому числі й фінансування, здійснюється на систему, тоді як сфера суспільних відносин, лишається незмінною та не може зазнавати будь-якого впливу.

Виникає питання: чи залежить повнота реалізації права на охорону здоров'я від форми фінансування системи охорони здоров'я? Очевидно, відповідь полягає у тому, що будь-яка модель спроможна належно забезпечити реалізацію досліджуваного права. Важливими є правові та організаційні зв'язки, які обумовлюють життєздатність такої моделі у застосунку до конкретної національної системи охорони здоров'я. Тобто, за умови створення належного організаційно-правового базису бюджетно фінансована модель може забезпечити реалізацію права на охорону здоров'я на високому рівні, як у Великій Британії. З іншого боку, подібна модель бюджетного фінансування медицини донедавна діяла в Україні, але поступово перестала відповідати реаліям вітчизняної охороноздоровчої системи.

У цьому аспекті Т. Д. Сідаш відмічає, що країнами з переважно державним фінансуванням охорони здоров'я є Велика Британія, Греція, Італія, Іспанія, Данія, Ірландія, Португалія. Це ефективно працює за умови достатніх ресурсів держави та потужного фінансування системи охорони здоров'я. У таких країнах, як Австрія, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Франція система охорони здоров'я функціонує на засадах страхової медицини та за різних фінансових умов. Натомість, у США, Південній Кореї та деяких інших країнах з переважно приватною системою охорони здоров'я, медицина ефективно задовольняє потреби заможних верств населення [494, с. 166].

Щодо моделі державної медицини з бюджетною системою фінансування, яка ґрунтується на концепції Беверіджа (у країнах колишнього СРСР називалася моделлю Семашка), Р. М. Богачев зауважує, що фінансування здійснюється переважно з бюджетних джерел за рахунок податків, які надходять від підприємств і населення. Населення країни отримує медичні послуги безкоштовно, проте платить за певні медичні послуги. У цій моделі держава перебуває у статусі постачальника та покупця медичних послуг. Ринок виконує другорядну роль і суворо контролюється державою. Заклади охорони здоров'я перебувають у власності чи під контролем держави. До позитивних ознак цієї моделі належить централізоване фінансування, яке забезпечує близько 90 % усіх видатків на охорону здоров'я і стримує зростання вартості лікування. Недоліками є неминуче зниження якості медичних послуг та відсутність контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я з боку споживачів. Цією моделлю користуються такі країни, як Великобританія, Данія, Португалія, Італія, Греція, Іспанія та ін. [34, с. 26].

Зазначимо, що у моделі Беверіджа роль добровільного медичного страхування є незначною (приміром, у Великій Британії поліси добровільного медичного страхування складають близько 11 % населення), здебільшого люди бажають покращити опції охорони здоров'я, гарантовані державою [268, с. 217].

Україна заявила про відхід від державної бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я у бік державного медичного страхування, але видатки на медицину досі формуються із державного бюджету. При цьому Національна служба здоров'я України виконує роль посередника між постачальниками медичних послуг – закладами охорони здоров'я та населенням, а громадяни не сплачують цільовий медичний податок для формування відповідного державного фонду медичного страхування. Таким чином, вести мову про реальну трансформацію фінансування національної системи охорони здоров'я,

яка б дозволила стверджувати про її належність до іншої моделі неможливо, принаймні, станом на сьогодні.

Розкриваючи модель, створену за системою Бісмарка (соціально-страхова), М. В. Славітич та О. Г. Гупало вказують, що вона діє у таких країнах, як Австрія, Німеччина, Бельгія, Швейцарія, Японія, Росія та функціонує на засадах страхової медицини за відмінних умов фінансування. Лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Страхові компанії та структури, котрі є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати всі зібрані кошти тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність суворо регламентує держава. Перевагами соціально-страхової моделі слід вважати: принцип солідарної оплати медичної допомоги; доступність медичної допомоги для всього населення країни; рівність в отриманні допомоги. До недоліків моделі віднесені: великий адміністративний апарат; складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами; неможливість повного фінансування за рахунок держави безкоштовної медичної допомоги для всього населення; високі витрати на утримання страхової інфраструктури [501, с. 71].

Модель Бісмарка ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в Німеччині у 1881 р. Перевагами моделі Бісмарка є принцип солідарної оплати медичної допомоги та доступність медичної допомоги для всього населення країни, тоді як недоліками лишаються великий адміністративний апарат і складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами та високі витрати на утримання страхової інфраструктури [31, с. 734–735].

Згідно з цією моделлю обов'язковому медичному страхуванню підлягає майже все населення країни, а громадяни, які прагнуть отримувати більше різних медичних послуг, окрім тих, що входять в перелік обов'язкового медичного страхування, мають право на добровільне медичне страхування. Модель Бісмарка передбачає фінансування системи охорони здоров'я не менше за 60 % усіх витрат за рахунок фонду (фондів) обов'язкового медичного страхування. Решта витрат (до 40 %) покривається за рахунок бюджетних коштів, добровільного медичного страхування, коштів отриманих за надання платних медичних послуг, благодійних організацій та спонсорської допомоги, міжнародних програм охорони здоров'я [40, с. 587].

Організація системи охорони здоров'я в Україні відповідно до названої моделі вбачається нами найбільш перспективною на відміну від системи, яку запроваджують в Україні внаслідок реалізації медичної реформи.

Так, С. В. Скріпкін переконаний, що останніми роками склалася тенденція відповідно до якої пріоритетною стала концепція здоров'я як загальносуспільного блага, яке має забезпечуватися державою. Таким чином, навіть ринкові моделі фінансування охорони здоров'я мають державні механізми їх регуляції, наприклад, сплата страхових внесків із державного бюджету, стимулювання роботодавців до медичного страхування своїх працівників. І саме такі механізми має ринкова модель фінансування охорони здоров'я США, де найближчим часом навіть заплановано збільшення бюджетного фінансування охорони здоров'я. Україні ж слід урахувати досвід США та багатьох інших держав, що використовують внески роботодавців як одне з джерел фінансування охорони здоров'я [500, с. 140].

Як зазначає О. В. Петрушка приватна модель фінансування системи охорони здоров'я заснована на реалізації платних медичних послуг та існуванні добровільного медичного страхування. Населення, яке підлягає страхуванню, виплачує страхувальнику премію, розмір якої визначається виходячи із



середньої вартості послуг, які ним надаються. Схильні до ризиків застраховані особи сплачують, відповідно, більшу суму внеску. Вартість медичних послуг оплачується пацієнтами відповідно до встановлених тарифів. Фінансування медичної галузі відбувається за рахунок фінансових ресурсів добровільного медичного страхування та надання платних медичних послуг. Внаслідок цього утворюється паралель між приватною та некомерційною формами медичного страхування. Некомерційне страхування здійснюється в межах визначених державних програм для певних груп населення. За цією моделлю організовані системи охорони здоров'я США, Нідерландів та Південної Кореї [288, с. 1191].

У США діє низка соціальних програм, найвідомішою з яких є «Medicare». За цією програмою 2,9 % від заробітної плати сплачуються на медичне страхування людей похилого віку. Також у США діє програма суспільної допомоги (Medicaid), програма медичного страхування дітей (SCHIP) та страхування ветеранів та членів їх сімей (TRICARE). Система охорони здоров'я, яка функціонує на сьогодні у США, є найдорожчою у світі. Загальні видатки на охорону здоров'я у цій країні перевищують 2 трлн доларів США. Хоча цю систему і відносять до ринкової моделі системи охорони здоров'я, проте, на сьогодні система охорони здоров'я у цій країні є змішаною. До проблемних моментів належить зростання суми витрат на охорону здоров'я, внаслідок чого значною мірою страждає бізнес, оскільки він сплачує основну частину відрахувань до страхових фондів [190, с. 220].

Переконані, що Україна не готова до формування національної системи охорони здоров'я за приватною моделлю через низку факторів. До таких чинників належать і стан економіки, і неготовність роботодавців офіційно влаштовувати працівників на роботу, так як за останніх роботодавцям у подальшому прийдеться сплачувати видатки на охорону здоров'я.

З огляду на викладене, слід погодитись з думкою З. С. Гладуна, що правове регулювання у сфері охорони здоров'я має бути спрямоване на

створення сприятливих організаційних і фінансових умов діяльності закладів охорони здоров'я. Висхідною позицією такого регулювання є визнання основних ланок системи – медичних і фармацевтичних закладів, – самостійними та рівноправними учасниками медико-правових відносин. Таке регулювання не передбачає державного втручання в їх організаційну і професійну діяльність, крім випадків, прямо передбачених законом [64, с. 74].

Слід підкреслити, що право на медичну допомогу мають усі, хто проживає на території країни, але набір послуг, який надається, залежить від чинної моделі у країні. Якщо вона ґрунтується на соціальному страхуванні, то набір послуг має чіткий перелік, якщо ж на податках, то перелік послуг не є чітко визначеним [86 с. 200].

Слушною є також думка О. І. Краснової про те, що держава повинна контролювати, щоб економічні перетворення у сфері охорони здоров'я мали соціальну спрямованість. Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я повинен містити вбудовані соціальні методи та інструменти, а саме: державні соціальні програми та гарантії, соціальне страхування, надання інформації у вигляді проведення семінарів та консультацій, залучення громадян до участі в управлінні галуззю, взаємні зобов'язання між виробниками та споживачами медичних послуг, соціальна адаптація та реабілітація, соціальний розвиток [184, с. 61]. Дійсно, реалізація права на охорону здоров'я є надважливим орієнтиром, якому має слідувати держава для максимально повного забезпечення його реалізації громадянами зокрема та кожною особою загалом.

Таким чином, визначення тієї чи іншої моделі має відбуватися з урахуванням соціального спрямування, орієнтиру на людину (пацієнта).

Виходячи з цього, пропонується власний підхід до визначення моделей забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Критерієм поділу

встановлено ступінь забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, згідно з яким визначено такі моделі:

1. Базова модель, що гарантує лише мінімальні стандарти забезпечення права на охорону здоров'я.

2. Опціональна модель, яка характеризується забезпеченням реалізації окремих складових права на охорону здоров'я.

3. Абсолютна модель, що охоплює всі складові права на охорону здоров'я, відповідно до сучасних уявлень про зміст права на охорону здоров'я.

Розглядаючи запропоновані моделі більш детально, слід погодитись з тим, що в основі оптимальної моделі фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я як ключової детермінанти суспільного здоров'я має бути запровадження: а) інноваційних способів накопичення і розподілу достатньої кількості коштів із суспільних джерел; б) орієнтованих на результати методів оплати як суспільних, так і приватних провайдерів; в) квазіринкових відносин з фінансовими стимулами та регуляторами формування, розподілу і використання фінансів. Оптимальна модель має бути: а) спрямованою на задоволення потреб споживачів; б) найменш витратною для платників; в) прийнятною для провайдерів [579, с. 199–200].

*Базова модель.* Вказана модель характеризується тим, що держава забезпечує найголовніші (базові) складові права на охорону здоров'я. Загальнообов'язкове державне медичне страхування за такої моделі відсутнє, а державою гарантується первинна або екстрена медична допомога. Також, гарантуються медичні права соціально вразливих верств населення – безробітних і малозабезпечених осіб, пенсіонерів, інвалідів та інших. Прикладом держави, де діє така модель, є США. Звичайно, ринок медичних послуг і приватного медичного страхування відіграє там домінуючу роль, а роль держави обмежена. Водночас, велика частина медичних послуг надається приватними закладами охорони здоров'я та лікарями загальної практики.

Завдяки приватним страховим компаніям (фондам), забезпечується високий рівень конкуренції на ринку медичних послуг, що справляє позитивний вплив на їх якість, але це стосується в першу чергу середнього класу (матеріально забезпеченої частини населення) [41, с. 46].

*Опціональна модель.* Для цієї моделі є властивим забезпечення права на окремі складові права на охорону здоров'я. У основі такої моделі лежить постулат про вибірковість складових права на охорону здоров'я залежно від їх затребуваності. Слід погодитись з тим, що фактично жодна країна у світі не може забезпечити всі можливі послуги для всіх громадян без обмежень у кількості. У ситуації з обмеженими ресурсами важливо визначити методи та процедуру встановлення пріоритетів. У ситуації, коли потреби у сфері охорони здоров'я перевищують наявні ресурси, неможливо уникнути пріоритизації послуг. Оскільки цей процес також передбачає деяке обмеження доступу до послуг, він також називається раціоналізацією. Вона може мати різні форми: явну або неявну. Неявна раціоналізація існує у формі неформального обмеження доступу до медичної допомоги. Прикладом неявної раціоналізації є ситуація, коли де-юре держава гарантує повністю безкоштовне лікування, але пацієнти не можуть отримати доступ до лікування через високі неофіційні платежі. Інший приклад – відсутність доступу до медичної допомоги через брак персоналу, медикаментів, обладнання та можливостей в медичних установах через обмежені бюджети. Неявна раціоналізація зазвичай відбувається тоді, коли людина потребує отримання медичної допомоги. Явна раціоналізація організована більш формальним чином: можливості отримати медичне обслуговування описані в офіційних нормативних актах та відомі наперед. Раціоналізація відбувається на рівні визначення політики щодо охоплення послугами. Гарантований пакет є одним з інструментів явної раціоналізації та інструментом встановлення пріоритетів у системі охорони здоров'я [453, с. 2–3].

Таким чином, держава забезпечує реалізацію найбільш важливих або найбільш затребуваних складових права на охорону здоров'я. Приміром, населенню гарантується рівний доступ до медичної допомоги, а також загальнодержавне медичне страхування або ж кожна особа може отримати доступ до медичної допомоги, що включає у себе низку безоплатних медичних послуг на всіх її рівнях (первинному, вторинному, третинному) тощо.

Наприклад, у Нідерландах, з середини 90-х років ХХ століття отримали широкий розвиток нові організаційні форми інтегрованого медичного обслуговування або підхід «знизу-вгору», коли медична допомога максимально орієнтована на потреби пацієнта та надається на основі тісної співпраці (взаємодії і координації) між постачальниками первинної і спеціалізованої медичної допомоги з чітким розділенням обов'язків та загальною відповідальністю за кінцевий результат. У Нідерландах основним суб'єктом надання первинної медико-санітарної допомоги є лікар загальної практики (в Україні – сімейний лікар). Загальна лікарська практика базується на трьох принципах: максимального охоплення населення; дистиляція хворих; орієнтація на сім'ю. Голландська національна асоціація лікарів загальної практики визначила перелік функцій сімейного лікаря, але з акцентом на специфічну відповідальність лікаря загальної практики [481, с. 19].

Подібно до нідерландської, охорона здоров'я Польщі фінансується за рахунок декількох видів надходжень до Національного фонду медичного страхування. У структурі бюджету фонду третину складають внески громадян, а дві третини – державні (бюджетні) кошти. Також залучаються надходження з альтернативних джерел, завдяки яким близько 98 % населення охоплені обов'язковим медичним страхуванням, яке гарантує доступ до визначених державою медичних послуг [231, с. 6].

Для України наведена модель вбачається найбільш оптимальною для її проєкції у національну систему охорони здоров'я. Причому, в основу такої

моделі мають бути покладені не лише діючі сьогодні практики надання пакетів медичних послуг за програмами медичних гарантій, а створення системи загальнообов'язкового медичного страхування із формуванням відповідного фонду, аналогічного за своєю сутністю до Пенсійного фонду України та цільовим оподаткуванням з метою наповнення такого фонду.

*Абсолютна модель.* Для цієї моделі є характерним максимально повне забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Таким чином, всі або майже всі складові права на охорону здоров'я належно захищені державою в особі уповноважених суб'єктів.

До такої моделі віднесено систему охорони здоров'я Фінляндії, де медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються в основному за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки). Крім того, близько половини роботодавців добровільно організовують надання додаткових медичних послуг для своїх працівників. Серед іншого, покриваються витрати на реабілітацію, фармацевтичну допомогу (реімбурсація лікарських засобів), стоматологічну допомогу, дорожні витрати та дискреційні послуги (психотерапія, нервовопсихологічна реабілітація, медичні дослідження) тощо [100, с. 24].

Ідеологічний базис охорони здоров'я Фінляндії полягає в тому, що кожен мешканець країни незалежно від регіональних відмінностей повинен мати можливість отримати однакову якісну медичну допомогу [101, с. 15].

Ще однією державою, національну систему охорони здоров'я якої слід відзначити, є Японія. Ще з 60-х років у Японії діє універсальна система державного медичного страхування, якою забезпечено всіх громадян Японії. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є її безкоштовний доступ до закладів охорони здоров'я, причому пацієнти можуть отримувати

медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту їх лікування незалежно від їх страховки, статусу або тяжкості захворювання. Лише в окремих випадках пацієнти зобов'язані платити деякі додаткові плати за заклади третинної допомоги, якщо вони не мають направлення від первинної чи вторинної медичної установи. У Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску, лише за умови підтвердження страхування. Медичне страхування охоплює понад 5000 видів медичної, стоматологічної допомоги та забезпечення лікарськими засобами [245, с. 48]. Така всеосяжність і дозволяє стверджувати про належність системи охорони здоров'я Японії до абсолютної моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Отже, моделі, розподілені за ступенем забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, дозволяють визначити за яких обставин національні системи охорони здоров'я варто вважати ефективними.

Зауважимо, що авторитетний ресурс «World Population Review» визначає, що серед інших країн найкращі системи охорони здоров'я репрезентовані Швейцарією та Фінляндією.

Так, медичне обслуговування у Швейцарії є універсальним, так як населення Швейцарії зобов'язане мати поліс медичного страхування. На відміну від інших європейських країн, охорона здоров'я в Швейцарії не обкладається податками та не фінансується роботодавцями. Фізичні особи сплачують свої внески безпосередньо на охорону здоров'я. Безкоштовні державні медичні послуги у Швейцарії відсутні, проте, базове медичне страхування покриває 80-90 % витрат на охорону здоров'я, включаючи амбулаторне лікування, екстрену (невідкладну) медичну допомогу, видачу рецептів на лікарські засоби, медицину матері і дитини, вакцинацію, післяопераційну реабілітацію та багато

інших складових. Швейцарія поєднує приватну, субсидовану приватну і державну систему закладів охорони здоров'я, що дозволяє забезпечити громадянам велику мережу кваліфікованих лікарів, найкраще обладнані медичні установи і лікарні, а також відсутність черг.

Зі свого боку вже згадана система охорони здоров'я Фінляндії також вважається однією з кращих у світі. Примітно, що фінансування на охорону здоров'я надходить у Фінляндії з двох джерел: муніципального фінансування, заснованого на податках, які використовуються для надання первинних медичних послуг, та національного медичне страхування (NHI), яке фінансується за рахунок обов'язкових податкових зборів. Зокрема, в опитуванні Європейської комісії 88 % фінських респондентів заявили, що вони задоволені своїм здоров'ям [754] і такий показник є найкращим мірилом ефективності діючої у державі охороноздоровчої системи.

Виходячи з викладеного можна стверджувати, що найбільш прийнятною для всебічного і повного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я слід вважати абсолютну модель. Звичайно, утворена на її основі система охорони здоров'я відрізняється витратністю та потребує стабільної і потужної економіки. У відповідь держава отримує здорове працездатне населення з високою середньою тривалістю життя, що позитивно відображається на її сталому розвитку.

Слід відмітити, що ВООЗ та Світовий банк підтримують базову модель фінансування системи охорони здоров'я, запроваджену в Україні. Позитивно сприймається утворення єдиного закупівельного агентства, Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ), яка виступає державним страховиком в межах чітко визначеного гарантованого пакету медичних послуг, що фінансується із загальної системи оподаткування, та яка укладає договори про медичне обслуговування населення з державними та приватними надавачами медичних послуг. Акцентовано увагу на тому, що для досягнення



максимального ефекту від розподілу наявних ресурсів (з огляду на показники здоров'я, фінансового захисту, доступу, якості), НСЗУ використовує низку механізмів таких, як стратегічні закупівлі медичних послуг, укладання контрактів та стимулювання для здійснення впливу на поведінку надавачів медичних послуг [547, с. 4].

Реальний стан справ відрізняється у гірший бік від звітів і прогнозів, зроблених у період, коли реформа охорони здоров'я ще не завершена. Недосконаліми лишаються механізми реімбурсації, оцінки вартості медичних послуг, немає електронного документообігу між закладами охорони здоров'я, спостерігається невідповідність Конституції України «законодавства про фінансування медицини», відсутня стратегія реального впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» та ще багато інших моментів, які переконливо свідчать про потребу перегляду системи охорони здоров'я України та її приведення у відповідність до опціональної моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

У підсумку зауважимо, що приймаючи за основу визначення моделі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, надане Б. О. Логвиненком [208, с. 29–30], пропонуємо розуміти під моделлю забезпечення реалізації права на охорону здоров'я типову конструкцію, структура і зміст якої формують національну систему охорони здоров'я, з метою застосування організаційно-правових механізмів для всебічної реалізації права на охорону здоров'я як індивідуальної та суспільної цінності.

### **2.3. Напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Розглянувши у попередньому підрозділі дослідження моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я зроблено висновок про взаємозв'язок між

типом відповідної моделі та складовими права на охорону здоров'я. Виходячи з викладеного доцільно перейти до висвітлення напрямів, за якими забезпечується реалізація права на охорону здоров'я в Україні.

Для виокремлення основних напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, перш за все, необхідно з'ясувати сутність права на охорону здоров'я, розкривши його як комплексну категорію.

Т. А. Денисова відмічає, що складовою національного права майже всіх європейських держав є право на життя і на охорону здоров'я. Вказані права гарантовані на міжнародному рівні «Загальною декларацією прав людини», що була прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1948 року. Зокрема, у ст. 3 вказаної Декларації закріплено право кожної людини на життя, на свободу і на особисту недоторканність. Також, ст. 5 цієї Декларації передбачено, що ніхто не повинен зазнавати тортур, або жорстокого, нелюдського, чи такого, що принижує його гідність, поводження і покарання [116; 124, с. 21]. Не применшуючи значення Декларації прав людини та усвідомлюючи її основоположний характер у масиві міжнародного законодавства з прав людини, пропонуємо звернути увагу на інші міжнародні правові джерела.

Насамперед, слід навести Міжнародний пакт ООН про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966 (ратифікований Указом Президії Верховної Ради Української РСР від 19.10.1973 № 2148). У ст. 12 цього Пакту закріплене право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я [232], що дозволяє виокремити дві компоненти права на охорону здоров'я – фізичну і психічну.

Частина 2 ст. 12 встановлені заходи, яких повинні вжити держави-учасниці для повного здійснення цього права, а саме: 1) забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; 2) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища та гігієни праці в промисловості; 3) запобігання і лікування епідемічних, ендемічних,

професійних та інших хвороб і боротьби з ними; 4) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [232]. З цього випливає, що реалізація права на охорону здоров'я забезпечується в межах чотирьох напрямів. Умовно їх можна назвати: ювенальним, гігієнічним, протиепідемічним та піклувальним.

У переліку наведених заходів спостерігається врахування питань як індивідуального, так і громадського здоров'я одночасно.

З цього приводу І. Я. Сенюта пропонує звернути увагу на зауваження Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП) (The Committee on Economic, Social and Cultural Rights – CESCR) [734] до права на охорону здоров'я, закріпленого Міжнародним пактом про економічні, соціальні і культурні права. Насамперед, наголошується на тому, що право на здоров'я є короткою формою для права на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Право на здоров'я не означає просто права бути здоровим або права на охорону здоров'я. Зміст цього права є більш складним і глибоким. Згаданим комітетом наголошується, що право на здоров'я сприймається як право на використання низки установ, товарів, послуг та умов, необхідних для реалізації найвищого досяжного рівня здоров'я.

Зауваження загального порядку стосуються того, що право на здоров'я включає в себе широкий спектр соціально-економічних чинників, які створюють умови, в яких люди можуть вести здоровий спосіб життя, і охоплює основні детермінанти здоров'я. Іншими словами, основні детермінанти здоров'я варто розглядати у широкому спектрі соціально-економічних чинників, що створюють умови, в яких люди можуть вести здоровий спосіб життя. Комітетом окреслено визначальні передумови здоров'я, але не обмежено такий перелік як виключний. Отже, до таких умов віднесено: адекватне забезпечення продуктами харчування; житло; доступ до безпечної питної води та створення санітарно-гігієнічних умов; безпечні і здорові умови праці; здорові умови проживання і

навколишнього природного середовища; доступ до медичної освіти та інформації, в тому числі з питань сексуального і репродуктивного здоров'я [276, с. 10]. Вказані передумови також можна співвіднести із напрямками, причому цікавим є урахування як безпосередніх (санітарно-гігієнічні умови), так і опосередкованих (безпечні умови праці) детермінант здоров'я.

Застосовуючи інший підхід, можна визначити напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я виходячи зі змісту поняття «здоров'я». Зокрема, на міжнародному рівні, Статут ВООЗ визначає здоров'я станом повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутністю хвороби та фізичних дефектів. Володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним із основних прав кожної людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального становища [513]. Отже, наведене у Статуті ВООЗ визначення поняття здоров'я розглядає його як право кожної людини (а не лише громадянина) на стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту. Це дозволяє розрізнити фізичний, психічний та соціальний напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Третій підхід полягає у формуванні напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я залежно від їхнього спрямування на потреби громадського або індивідуального здоров'я. В. І. Кіндзерський відмічає, що право про охорону здоров'я, яке має публічний характер, з'явилося набагато раніше, ніж міжнародно-правове визнання індивідуального права на охорону здоров'я людини. Приймались і приймаються численні міжнародні норми, спрямовані на контроль за випуском і поширенням алкоголю, тютюну, а також розвитком фізичної культури, що мають своєю метою зміцнення здоров'я населення. Водночас, здійснення таких спрямованих на охорону здоров'я заходів, стикається з індивідуальними правами і свободами людини. Отже, примусові заходи, що проводилися для забезпечення здоров'я суспільства, історично передували визнанню прав людини, тому і організаційно-правові

засади охорони здоров'я розвивалися без врахування права приватних осіб [142, с. 137]. Сьогодні ситуація протилежна – адміністративно-правова доктрина людиноцентризму перенесла фокус діяльності від задоволення державних інтересів до забезпечення інтересів людини, гарантування і визнання її прав. У сфері охорони здоров'я більш поширеною є галузева категорія – пацієнтоцентризм, що також відображає спрямування діяльності всіх суб'єктів владних повноважень у медичній площині на забезпечення прав пацієнта.

Переходячи на національний рівень забезпечення реалізації права на охорону здоров'я варто згадати Конституцію України, відповідно до ст. 49 якої право на охорону здоров'я проголошене, як право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [168]. Виходячи зі змісту конституційної норми право на охорону здоров'я включає такі складові (компоненти), як: безпосередньо право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу та право на медичне страхування. При цьому у побутовому значенні право на охорону здоров'я часто сприймається як унітарна категорія без усвідомлення багатоманітності його змісту. Отже, на підставі конституційних положень можна включити до напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні: забезпечення надання медичної допомоги, забезпечення охорони здоров'я та забезпечення медичного страхування.

Більш детально напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я розкриті в Основах законодавства України про охорону здоров'я. За ст. 6 «Право на охорону здоров'я» кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, яке охоплює 15 складових, а саме: 1) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; 2) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; 3) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; 4) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; 5) кваліфікована медична

допомога, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я; 6) достовірна та своєчасна інформація про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь; 7) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я; 8) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством; 9) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; 10) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я; 11) відшкодування заподіяної шкоди здоров'ю; 12) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; 13) можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, щодо якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я; 14) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду; 15) інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини [272].

Слід зазначити, що наведений перелік складових права на охорону здоров'я є найбільш повним і детальним з усіх розглянутих. З теорії права відомо, що права одного суб'єкта мають кореспондуватися з обов'язками іншого, що і знаходить прояв в обов'язку держави сприяти реалізації прав і

свобод людини та громадянина. Згаданий перелік складових права на охорону здоров'я є найбільш детальним. Таким чином, для формування напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я слід звернутися до аналізу цих 15 складових права на охорону здоров'я.

Досліджувані напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я здійснюються в межах трьох складових здоров'я: фізіологічної, психічної та соціальної. Це підкріплюється тим, що відповідно до ст. 1 Основ здоров'я людини є станом повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб та фізичних вад [272].

Також, потрібно звернути увагу на те, що перелік складових права на охорону здоров'я є відкритим, як прямо зазначено у ч. 2 ст. 6 Основ: «Законами України можуть бути визначені й інші права громадян у сфері охорони здоров'я» [314]. Тобто право на охорону здоров'я може трактуватися більш широко, ніж це закріплено відповідним статтями Конституції України та Основ законодавства про охорону здоров'я. Наприклад, права донора крові та компонентів крові, закріплені у ст. 18 Закону України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» від 30.09.2020 № 931-ІХ [321], а отже для належної реалізації прав донора, як складової права на охорону здоров'я, слід врахувати і такий напрям.

Ю. Ю. Швець також зауважує, що зміст права на охорону здоров'я не варто обмежувати лише елементами, визначеними у ст. 49 Конституції України, оскільки його об'єктом є здоров'я та заходи, які сприяють (забезпечують) його збереженню, зміцненню, відновленню або підтриманню. Це дозволяє віднести до структури права на охорону здоров'я також право на безпечні та здорові умови праці, на інформацію про екологічний стан, право на достатній життєвий рівень тощо [573, с. 84].

Розглянемо напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я більш детально.

*Першим напрямом* є забезпечення життєвого рівня (їжі, одягу, житла, медичного догляду та соціального обслуговування і забезпечення), необхідного для підтримання здоров'я людини. Належний життєвий рівень є підґрунтям, на якому базується охорона здоров'я. Неможливо уявити собі здорову людину, яка не має можливості для задоволення своїх базових потреб у їжі та житлі. З цього приводу у своєму дослідженні Ю.В. Назирко наводить слова видатного діяча медичної поліції Й. Франка, про те що головною причиною хвороб є бідність, а поліпшення здоров'я населення можливе лише за умови підняття життєвого рівня [261, с. 30].

Як підкреслює І. С. Андрієнко достатній життєвий рівень передбачає забезпеченість рівня доходу громадян, необхідного для задоволення їх базових (мінімальних) фізіологічних і соціальних потреб. Такий рівень не може бути нижчим, ніж величина прожиткового мінімуму, встановленого державою для відповідних соціальних груп населення [13, с. 95].

Слід погодитись з тим, що життєвий рівень безпосередньо пов'язаний зі станом здоров'я, а точніше з можливостями для відновлення та підтримки його максимально досяжного рівня. Водночас, варто погодитись з тим, що в Україні розмір прожиткового рівня є відверто недостатнім для ефективної реалізації потреб у сфері охорони здоров'я. Станом на 2020 рік загальний розмір прожиткового мінімуму на одну особу з розрахунку на місяць становить лише 2027 гривень з 1 січня, а з 1 липня – 2118 гривень [587].

*Другим напрямом* є забезпечення безпечного для життя і здоров'я навколишнього природного середовища. Зазначений напрямок забезпечується через державну екологічну політику. Екологічні проблеми все частіше розглядаються як чинники, що негативно впливають на стан здоров'я людини.

При цьому, А. Р. Васко та Н. Г. Яцишин вказують на наявність певних недоліків в екологічному законодавстві, недосконалість механізмів гарантування цього права в Україні. До негативних чинників вони відносять



глибоку економічну й соціальну кризу, ускладнену війною на Сході України, що призвела до збільшення кількості факторів, які несприятливо позначаються на стані навколишнього природного середовища, а також на забезпеченні цього права [47, с. 54].

Потрібно розуміти, що право на безпечне для життя і здоров'я довкілля за своїм характером є пасивним правом, адже підставою для його виникнення є норма закону, а тому суб'єктові не обов'язково вступати у відповідні відносини. Як і для будь-якого абсолютного права, для права на забезпечення безпечного для життя і здоров'я навколишнього природного середовища характерною є наявність невизначеного кола зобов'язаних осіб, що повинні утримуватися від його порушення [166]. Зв'язок між екологічним станом довкілля та здоров'ям населення є очевидним, проте екологічне законодавство України не відрізняється категоричністю щодо порушників відповідних норм. Таким чином, не буде помилковим твердження, що вказаний напрямок недостатньо підкріплений адміністративно-правовими засобами.

*Третій напрям* полягає у забезпеченні санітарно-епідемічного благополуччя території проживання людей. Санітарно-епідеміологічний нагляд є однією з найважливіших форм профілактики захворювань населення.

Відповідно до однойменного Закону від 24.02.1994 № 4004-ХІІ санітарне та епідемічне благополуччя населення є станом здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами [363]. Сьогодні неефективна державна політика у цьому напрямі призвела до численних прорахунків у організації протидії поширенню COVID-19 в Україні.

В. В. Шафранський наголошує на тому, що санітарно-епідеміологічне забезпечення населення є однією з важливих функцій громадського здоров'я

[570, с. 4]. Ми підтримуємо тезу про важливість санітарно-епідеміологічного забезпечення, але наголошуємо на тому, що воно не є функцією громадського здоров'я, а є напрямом його охорони та реалізації.

*Четвертий напрям* пов'язаний зі створенням безпечних і здорових умов праці, навчання, побуту та відпочинку. Нормативно-правове закріплення цього напрямку знайшло прояв у багатьох законодавчих актах.

Зокрема, ст. 153 «Створення безпечних і нешкідливих умов праці» Кодексу законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII визначено, що забезпечення безпечних і нешкідливих умов праці покладається на власника або уповноважений ним орган, крім випадків укладення між працівником та власником або уповноваженим ним органом трудового договору про дистанційну роботу. Власник або уповноважений ним орган повинен впроваджувати сучасні засоби техніки безпеки, що запобігають виробничому травматизму, і забезпечувати санітарно-гігієнічні умови, що запобігають виникненню професійних захворювань у працівників [152]. Тобто зв'язок між умовами праці, навчання, побуту чи відпочинку та станом громадського здоров'я у державі є цілком очевидним.

*П'ятий напрям* полягає у забезпеченні кваліфікованої медичної допомоги. Стосовно зазначеного напрямку, І. Я. Сенюта відмічає, що у самому визначенні цієї складової права на охорону здоров'я міститься вказівка на професійність надавачів медичних послуг. Так, ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я [272] серед професійних обов'язків медичних працівників закріплено обов'язок подавати своєчасну і кваліфіковану медичну та лікарську допомогу. Водночас, за неналежне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення настає кримінальна відповідальність за ст. 140 Кримінального кодексу України [188]. Неналежне виконання професійних обов'язків має місце в тому разі, коли медичний або фармацевтичний працівник виконує свої обов'язки не у

повному обсязі, недбало, поверхнево, не так, як цього вимагають інтереси його професійної діяльності [491, с. 279].

*Шостий напрям* забезпечує достовірну та своєчасну інформацію про стан власного здоров'я та здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь. Вказаний напрям забезпечення реалізації права на охорону здоров'я відображений у ст. 285 «Право на інформацію про стан свого здоров'я» Цивільного кодексу України, згідно з якою повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я. При цьому, у випадку, коли інформація про хворобу фізичної особи може погіршити стан її здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених ч. 2 ст. 285, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами [559].

Говорячи про право на інформацію про стан свого здоров'я О. Костецька відмічає, що у законі зроблено акцент не на обов'язку лікаря, а на праві хворого. Тобто, лікар зовсім не зобов'язаний за власною ініціативою негайно повідомляти хворому всю інформацію. Більш того, інформація про стан здоров'я не може надаватися особі проти її волі. Якщо людина не хоче її знати – не потрібно повідомляти. Але якщо пацієнт просить надати йому відповідну інформацію, то лікар не вправі відмовити йому у проханні [177, с. 175].

Отже, право на інформацію не завжди може бути реалізоване у повному обсязі через загрози для життя і здоров'я пацієнта, зокрема, у випадках повідомлення про невиліковне захворювання.

*Сьомий напрям* надає можливість участі в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Можливість участі громадськості в

обговоренні проектів нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я є важливою складовою реалізації права на охорону здоров'я.

Зауважимо, що громадська участь являє собою безперервний двонаправлений процес взаємодії між громадянами та органом влади (установою, відомством), що відповідає за прийняття рішення та включає: заходи, що сприяють повному розумінню громадськістю процесів і механізмів підготовки та прийняття рішень відповідальним відомством; повне інформування громадськості про статус та просування розробки та впровадження проектів, планів, програм, про вироблення пріоритетів політики або проведення оцінки; активний збір думок усіх зацікавлених громадян, відомостей про сприйняття ними цілей і завдань, а також про їх уподобання щодо використання ресурсів та альтернативних стратегій розвитку або управління будь-якої іншої інформації, що стосується прийнятого рішення [552, с. 15].

Приміром, на офіційному сайті МОЗ України у вкладці «Документи» розміщено проекти нормативно-правових актів для громадського обговорення, що дозволяє врахувати думку суспільства при реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, усунути недоліки та спірні питання у проектних відомчих актах до стадії їх офіційного прийняття [75].

*Восьмий напрям* дозволяє брати участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством. За вказаним напрямом процедура громадської експертизи створює можливість для інститутів громадянського суспільства стати учасниками вироблення державної політики у різних сферах та бути громадськими контролерами за її реалізацією. По суті, постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2008 № 976 «Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади» [398] було запроваджено один із правових механізмів реалізації конституційного

права громадян на участь в управлінні державними справами, передбаченого ст. 38 Конституції України [168]. Таким чином, громадська експертиза дає можливість інститутам громадянського суспільства не тільки оцінити діяльність органу влади, а й вплинути на його політику або її виконання. Відтепер органи виконавчої влади зобов'язані розглядати висновки громадської експертизи за участю авторів та враховувати результати експертизи у своїй діяльності [196, с. 6].

Викладене стосується і сфери охорони здоров'я в аспекті проведення громадських слухань, круглих столів, нарад, зустрічей з актуальних медичних питань, причому тут потрібно зважати на складність характеру медико-правових відносин, що часто потребує наявності спеціальних знань.

*Дев'ятий напрям* надає можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я. Реалізація права на охорону здоров'я за вказаним напрямом передбачає діяльність опікунських рад при закладах охорони здоров'я. Такі ради є громадськими консультативно-дорадчими органами, створеними з метою сприяння діяльності закладу охорони здоров'я і поліпшення його матеріально-технічної бази, покращення якості та доступності медичних послуг населенню України, реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. Це закріплено Примірним положенням про опікунську раду при закладі охорони здоров'я, затвердженим Наказом МОЗ від 23.07.2014 № 517 [402].

Варто погодитись з тим, що сьогодні слабкою ланкою у ланцюзі побудови співпраці з громадськістю у сфері охорони здоров'я лишається локальний рівень взаємодії. На сьогодні в закладах охорони здоров'я відсутні представники громадянського суспільства, здатні ефективно захищати права та законні інтереси пацієнтів, хоча можливість їхнього створення і передбачена у ч. 2 ст. 24 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Спробою змінити дану ситуацію стала розробка проекту Закону України «Основні засади

діяльності у сфері охорони здоров'я», де передбачено обов'язкове створення при державних та комунальних закладах охорони здоров'я – громадських наглядових рад, завданням яких є сприяння організації належної діяльності таких органів та закладів, інформованості населення про цю діяльність, а також громадський контроль за роботою зазначених закладів [138].

*Десятий напрям* стосується правового захисту від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я. Т. М. Ямненко слушно зауважує, що дискримінація у сфері охорони здоров'я часто має приховану форму, спостерігається відносно незаможних і малозабезпечених груп населення. У цю категорію найчастіше входять жінки, діти, люди з обмеженими можливостями, хворі СНІД/ВІЛ, мігранти та члени їх сімей [591, с. 158]. Слід відмітити, що Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII містить правові, економічні та організаційні засади і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування [427]. Водночас наразі відсутні спеціальні нормативно-правові акти, які б містили гарантії реалізації права на охорону здоров'я учасниками адміністративного і кримінального провадження, внутрішньо переміщеними особами, іншими соціально вразливими категоріями. У цьому аспекті заслуговують на увагу дослідження вітчизняних вчених, зокрема, щодо забезпечення права на медичну допомогу затриманих (які тримаються під вартою) осіб у кримінальному процесуальному законодавстві [529]. Однак, попри наявність позитивних здобутків, право на охорону здоров'я в Україні все ще не можна вважати загальнодоступним.

*Одинадцятий напрям* спрямований на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди. У зазначеному напрямку С. В. Антонов вказує на те, що кожен пацієнт розраховує на отримання якісних медичних послуг, звертаючись за медичною

допомогою. Проте у практичній медичній діяльності часто виникають випадки, коли внаслідок медичного втручання стан здоров'я пацієнта не поліпшується, а навпаки – завдається шкода його життю чи здоров'ю. Причиною таких негативних наслідків не завжди є неналежне виконання професійних обов'язків медичними працівниками. Негативними чинниками можуть виступати недосконалість сучасної медичної науки та техніки, хронічний характер захворювання або несумлінне ставлення пацієнта до лікування. Тому навіть досвідчені судово-медичні експерти не завжди можуть точно визначити об'єктивні чи суб'єктивні обставини, які спричинили погіршення здоров'я потерпілої особи. Звичайно, потерпіла особа чи її законні представники мають право на захист і компенсацію завданих втрат, проте адекватність такої компенсації завжди є поняттям умовним, оскільки гроші не можуть відновити рівень здоров'я чи втрачене життя [15].

Принагідно зазначимо, що в Ухвалі Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ від 04.10.2017 року (справа № 754/8692/16-ц) зазначено, що до шкоди здоров'ю, яка заподіяна при медичному втручанні, можна віднести: «тілесні ушкодження, які полягають у порушенні анатомічної цілісності органів і тканин або їх фізіологічних функцій; виникнення супутнього основному захворюванню пацієнта, послідовно розвинутого хворобливого процесу або патологічного стану, що залишають після зникнення (видужання) стійкі наслідки ушкодження у вигляді спотворення зовнішнього вигляду частини тіла, порушення функцій органів чи їх систем; зараження невиліковною хворобою чи хворобою, яка потребує тимчасової або постійної ізоляції від суспільства; безповоротно згаяну можливість вилікування хворого, а також розвиток психічного захворювання, що виникла у результаті медичного втручання» [316].

Таким чином, основною формою відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди є судовий захист у порядку цивільного судочинства.

*Дванадцятий напрям* надає можливість оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я. Для забезпечення цієї складової права на охорону здоров'я діє потужна правова основа щодо його реалізації. Так, право на подання скарги закріплено в Європейській хартії прав пацієнтів (ст. 13), Конституції України (ст. 40), Основах законодавства України про охорону здоров'я (ст. 6). Право на компенсацію закріплено в Європейській хартії прав пацієнтів (ст. 14), Конституції України (ч. 1 ст. 3), Основах законодавства України про охорону здоров'я (ст. 6), Цивільному кодексі України (ч. 1 ст. 22, 23, 906, 1166 (ч. 1, 2), 1167 (ч. 1), 1168, 1195-1203, 1209), Законі України «Про захист прав споживачів» (п. 5 ч. 1 ст. 4, 16) [281].

Суб'єктом подання скарги може бути будь-яка фізична особа, яка вбачає у діях лікаря неправомірну поведінку. Повнолітня особа може зробити це особисто, через представника чи колективно. Неповнолітня чи недієздатна особа реалізує право на оскарження дій та рішень суб'єктів галузі охорони здоров'я через своїх законних представників. Загалом, передбачено 4 рівні звернення: 1) головний лікар закладу охорони здоров'я, у якому відбулося порушення; 2) департамент/управління охорони здоров'я міста чи області; 3) гаряча лінія місцевих органів виконавчої влади; 4) урядова гаряча лінія за номером 15-45 [493].

Поряд з наведеним, можна вказати на позасудовий порядок оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я – до Держпродспоживслужби [85] та судовий порядок – у встановленому порядку та відповідно до форми судочинства.

*Тринадцятий напрям* стосується проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, щодо якої передбачається застосування примусових заходів



медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я.

Реалізація права на охорону здоров'я за вказаним напрямом включає декілька особливостей щодо проведення незалежної медичної експертизи: 1) у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи; 2) у разі застосування до особи запобіжного заходу; 3) в інших випадках, коли право на охорону здоров'я порушено.

Так, у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи та в інших передбачених законодавством випадках на вимогу громадянина проводиться альтернативна медична (медико-соціальна, військово-лікарська) експертиза або патологоанатомічний розтин, що врегульовано ст. 73 «Альтернативна медична експертиза» Основ законодавства України про охорону здоров'я [272].

Щодо застосування примусових заходів медичного характеру І. Смірнова відмічає, що це питання врегульоване главою 39 Кримінального процесуального кодексу України (далі – КПК України). Зокрема, у ст. 505 КПК України закріплено перелік обставин, які підлягають встановленню під час досудового розслідування у кримінальному провадженні щодо застосування примусових заходів медичного характеру. Причому, у позиції Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ) (рішення від 02.05.2013 у справі «Загідуліна проти Росії»; заява № 11737/06) Суд зазначив, що для того, щоб відповідати пп. «е» п. 1 ст. 5 Конвенції, провадження щодо примусової госпіталізації особи до психіатричного закладу повинно обов'язково передбачати чіткі ефективні гарантії від свавілля з огляду на вразливість осіб, які страждають на психічні розлади, та потребу в наведенні дуже вагомих причин для виправдання будь-яких обмежень їхніх прав. ЄСПЛ в своїх рішеннях звертав увагу, що особа не

може вважатися «психічно хворою» та позбавлена волі, якщо не дотримано трьох мінімальних умов; по-перше, об'єктивна медична експертиза повинна достовірно показати, що особа є психічно хворою; по-друге, психічний розлад має бути таким, що обумовлює примусове тримання особи у психіатричній лікарні; по-третє, необхідність продовжуваного тримання у психіатричній лікарні залежить від стійкості такого захворювання (рішення від 24.10.1979 у справі «Вінтерверп проти Нідерландів»). При цьому при розгляді справ про застосування примусових заходів медичного характеру не передбачено скороченої процедури дослідження доказів [506]. Отже, питання проведення альтернативної медичної експертизи потребує чіткого врегулювання і поки що лишається актуальною проблемою в Україні.

*Чотирнадцятий напрям* забезпечує право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду. Зазначений напрям сконцентрований на правах пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні.

Медичні працівники не можуть перешкоджати допуску названих осіб до пацієнта. Слід звернути увагу, що до пацієнта також мають бути допущені інші медичні працівники, зокрема, лікарі інших закладів охорони здоров'я. Зазначені медичні працівники, допущені до пацієнта, не мають права втручатись у лікувальний процес та призначати своє лікування, давати рекомендації лікарям закладу, де особа перебуває на стаціонарному лікуванні. Це пов'язано з тим, що тільки лікуючий лікар, інші медичні працівники закладу охорони здоров'я та заклад безпосередньо несуть відповідальність за стан здоров'я пацієнта. Обмеження допуску відвідувачів до пацієнта може визначатися правилами внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я або відповідним наказом керівника про режим відвідування пацієнтів стаціонару щодо проміжку часу,

протягом якого можливе відвідування пацієнтів, що перебувають у стаціонарі [313].

*П'ятнадцятий напрям* стосується інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини. Відповідно до цього напрямку забезпечується реалізація права на інформацію в медичній сфері із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій.

Як зазначає Б. О. Логвиненко, спираючись на Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини, затвердженим наказом МОЗ України від 19.10.2015 № 681, «телемедицина» є комплексом дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями. Причому телемедицина знаходить прояв не лише тільки у дистанційній консультації лікарем, а й у організаційних заходах на кшталт конференцій та консиліумів, проведення трансляції майстер-класів або хірургічних операцій, та будь-які інших заходах, спрямованих на навчально-наукового характеру [210, с. 15].

Проведений аналіз напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що вони значно диференціюються повнотою забезпечення досліджуваного права. Головний акцент у національному законодавстві зроблено на фізичній складовій здоров'я особи, яка потребує медичної допомоги, тоді як багато інших складових залишаються осторонь. Отже, здоров'я є комплексною категорією і забезпечення права на його охорону має включати поряд із фізичною психічну (ментальну) та соціальну складові. Причому всі з наведених складових здоров'я мають бути належно відображеними напрямами діяльності держави щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Під напрямками забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти лінії діяльності, спрямованості розвитку та керівні течії, відповідно до яких за допомогою адміністративно-правових засобів має забезпечуватись реалізація права на охорону здоров'я як складноутвореної категорії.

З викладеного можна зробити висновок про універсальний (право кожного, а не виключно громадян) та комплексний (фізична, психічна та соціальна складові) характер права на охорону здоров'я, реалізація кожної складової якого потребує належного адміністративно-правового забезпечення в межах визначених напрямів.

Слід наголосити на тому, що реалізація напрямів здійснюється за допомогою адміністративно-правових засобів, що виступають своєрідним провідником між державою з її обов'язками та людиною з її правами у сфері охорони здоров'я. Наявності таких правових засобів, спрямованих на збереження, відновлення, поліпшення та підтримку, сьогодні потребують як індивідуальне, так і громадське здоров'я.

До адміністративно-правових засобів І. Р. Березовська відносить дозвільні, реєстраційні та засоби адміністративного примусу [28, с. 15].

Як сукупність правових способів, засобів, інструментів розглядають адміністративно-правові засоби М. В. Кутерга та Н. С. Ракша, які умовно поділяються ними на регулятивні, превентивні та примусові заходи [194, с. 66; 463, с. 6].

Але найбільш правильний підхід, на нашу думку, демонструють О. О. Небрат та В. П. Яценко, які відносять до адміністративно-правових засобів норми права, правові відносини, акти реалізації прав та обов'язків, іноді акти тлумачення норм адміністративного права [265, с. 96].

Виходячи з викладених наукових позицій, при визначенні заходів адміністративно-правового забезпечення потрібно враховувати характер

урегульованості відносин у сфері охорони здоров'я, повноту і якість чинного законодавства та правового інструментарію щодо забезпечення права на охорону здоров'я в Україні [248, с. 191].

Таким чином, сучасне розуміння права на охорону здоров'я визначає його як комплексну категорію (фізична, психічна та соціальна складові). При цьому головний акцент триваючої в Україні медичної реформи зроблено на охороні фізичного здоров'я людини, тоді як інші складові досліджуваного права недостатньо забезпечені адміністративно-правовими засобами. Відповідні засоби зосереджені переважно на гарантуванні рівного доступу до медичної допомоги на всіх її рівнях (програми медичних гарантій).

Водночас окремі складові права на охорону здоров'я (розкриті у межах 15 напрямів) і досі не забезпечені належним правовим підґрунтям, яке мало б створити основу для реалізації відповідних компонент цього права. Все це призводить до збереження у вітчизняному законодавстві певного дисонансу між змістом права на охорону здоров'я, гарантованого Конституцією України та засобами реалізації цього права, закріплених адміністративно-правовими нормами.

## **Висновки до розділу 2**

Результати дослідження моделей, умов та напрямів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дають підстави для формулювання таких висновків:

1. Визначено й охарактеризовано проголошені Конституцією України положення, що стосуються права людини на охорону здоров'я, а також розкрито умови адміністративно-правового забезпечення їх реалізації.

Обґрунтовано, що право на охорону здоров'я можна розглядати крізь призму його конституційно-правового гарантування, де норми Основного Закону визначають обсяг цього природного права. Підкреслено, що конституційні приписи потребують дієвих механізмів реалізації, що неможливо без залучення до правової основи механізмів законодавчого масиву норм різних галузей національного права. Серед таких норм найбільше навантаження покладається на адміністративно-правові норми у сфері охорони здоров'я, що обумовлено їх управлінською природою.

Конституційні основи реалізації права людини на охорону здоров'я та умови їх адміністративно-правового забезпечення розглянуто в логічному поєднанні відповідних категорій, де основоположними є положення Конституції, тоді як норми адміністративного права забезпечують можливість їх реалізації та ефективність дії.

Проаналізовано статті 3, 16, 27, 28, 29, 45, 46, 49 Конституції України та зроблено висновок про розпорошеність і недосконалість понятійно-категоріального апарату, що відображає право на охорону здоров'я. Доведено, що наявність прогалін є характерною як для Конституції України, так і для адміністративного законодавства, спрямованого на уточнення та конкретизацію її положень.

Запропоновано до проблем реалізації права на охорону здоров'я на нормативно-правовому рівні віднести: відсутність чіткого розмежування змісту прав на охорону здоров'я і на медичну допомогу; недостатню визначеність відмінності понять «медична допомога» і «медична послуга», а також відсутність урегулювання питань надання безоплатної чи платної медичної допомоги таким групам суб'єктів, як іноземці; нечіткість дефініцій «державне управління охороною здоров'я» та «громадське здоров'я», а також відсутність у конституційно-правовому законодавстві деяких важливих понять (наприклад, єдиного медичного простіру); недосконалість і невідповідність новим реаліям

життя конституційно-правового закріплення гарантій реалізації права людини на здоров'я; повільність удосконалення нормативно-правового закріплення етапів проведення медичної реформи в Україні; недосконалість окремих медико-правових дефініцій; невідповідність конституційного права на охорону здоров'я і медичну допомогу в Україні основним міжнародно-правовим стандартам, оскільки в міжнародних договорах, учасником яких є Україна, це право розглядається набагато ширше та включає в себе соціальне благополуччя людини.

2. Розглянуто основні наукові підходи до типологізації моделей у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що сьогодні в медико-правових та управлінських дослідженнях проблем охорони здоров'я домінуючим підходом є розгляд моделей організації національних систем охорони здоров'я спільно з джерелами фінансування сфери охорони здоров'я. Підкреслено, що наведений підхід суперечить доктрині людиноцентризму через зміщення акцентів від людини (пацієнта) до державної фінансової системи.

Проаналізовано підходи до типологізації моделей, керуючись ступенем участі держави і повноти забезпечення реалізації права людини на охорону здоров'я, для чого звернено увагу на усталені наукові позиції щодо моделей, об'єднаних медичною сферою. Запропоновано розрізняти базову, опціональну та абсолютну моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Наголошено на перевагах і недоліках окремих моделей, а також підходів до їх визначення. Підкреслено, що, незважаючи на схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, Україні не вдалося відійти від державної бюджетної моделі у бік моделі державного медичного страхування. Про це свідчить низка обставин, зокрема формування видатків на охорону здоров'я за рахунок державного бюджету, виконання Національною службою здоров'я України ролі посередника між постачальниками медичних

послуг і населенням, відсутність цільового медичного оподаткування населення для формування державного фонду медичного страхування.

Зроблено висновок про необхідність завершення реформи фінансування системи охорони здоров'я зі зміною орієнтирів на перехід до системи загальнообов'язкового державного медичного страхування, що дозволить віднести національну систему до абсолютної моделі забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

3. Розкрито основні напрями забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, заснованих на уявленні про зміст відповідного права. Встановлено, що індивідуальне та громадське здоров'я сьогодні потребують наявності засобів, спрямованих на їх збереження, відновлення, поліпшення та підтримку. Зроблено висновок про універсальний (право кожного, а не виключно громадян) і комплексний (фізична, психічна та соціальна складові) характер права на охорону здоров'я, реалізація кожної складової якого потребує належного адміністративно-правового забезпечення.

Обґрунтовано необхідність урахування характеру врегульованості груп суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, повноти та якості нормативно-правового забезпечення і наявності правового інструментарію щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я в Україні.

Звернено увагу на те, що правові норми національного законодавства значною мірою однобічно розкривають зміст права на охорону здоров'я, зводячи його переважно до фізичного здоров'я людини. Водночас інші компоненти зазначеного права не отримують належного правового забезпечення для ефективної реалізації, що призводить до неможливості реалізувати право на охорону здоров'я у всій його повноті.



## РОЗДІЛ 3

### СУБ'ЄКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Верховна Рада України та Уповноважений Верховної Ради України з прав людини як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Ключове місце в питанні забезпечення реалізації права на охорону здоров'я займає суб'єктна складова, а саме органи державної влади, які здійснюють адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я, виходячи з повноважень, визначених у Конституції України та інших нормативно-правових актах. Адже, саме державні структури формують політику в сфері охорони здоров'я, задають темп її реалізації, покликані забезпечити реальне втілення правових приписів в життя.

У теорії права під системою державних органів розуміють апарат держави, що представлений упорядкованою, організованою, цілісною системою органів законодавчої, виконавчої та судової влади, які наділені відповідними владними повноваженнями, а їх діяльність спрямована на реалізацію державної влади на всій території та в усіх сферах суспільства [4, с. 78].

До кола суб'єктів, які забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, можна віднести Президента України (в частині окремих повноважень), апарат Верховної Ради України, Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, органи виконавчої влади, зокрема, Кабінет Міністрів України, МОЗ України, судові органи тощо.

Постійні динамічні зміни законодавства в медичній галузі, підвищена дискусійність окремих нормативно-правових актів, досить часте внесення змін і

доповнень до чинних законів, несприйняття суспільством та недостатня дієвість окремих законодавчих актів прямо чи побічно свідчать про наявність недоліків у діяльності органів законодавчої влади, а відповідно про потребу в перегляді механізму організаційно-управлінської діяльності державних органів, їх координації та взаємодії.

Одним із ключових суб'єктів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є Верховна Рада України.

Варто відзначити, що основні характеристики діяльності того чи іншого державного органу в сфері охорони здоров'я містяться в таких складових, як функції, компетенція, повноваження, завдання. Ці поняття інколи розмежовують, зокрема в нормативно-правових актах, але здебільшого вони взаємопов'язані та взаємодоповнюють.

Компетенція є базовою теоретичною категорією адміністративного права, яка дозволяє повно та всебічно схарактеризувати конкретний суб'єкт публічного адміністрування. Її основними складниками є мета та завдання, адміністративні повноваження. Іноді до складників компетенції додають функції суб'єкта публічного адміністрування тощо [4, с. 80].

Мета відбиває загальну спрямованість діяльності суб'єкта публічного адміністрування. Завдання конкретизують, розкривають мету, є похідними від неї. Повноваження – це юридична конструкція, що поєднує в собі специфічні права й обов'язки суб'єктів публічного адміністрування. Саме тому деякі вчені, які займаються проблемами теорії права, називають повноваження «правообов'язком». Кількість повноважень суб'єкта публічного адміністрування залежить від різних обставин й істотно змінюється. Особливості функціонування конкретного суб'єкта публічного адміністрування можуть бути розкриті лише з урахуванням взаємозв'язків і динамічної взаємодії всіх елементів його компетенції [4, с. 82].

Вважаємо за доцільне проаналізувати діяльність Верховної Ради України у сфері охорони здоров'я з огляду саме на теоретичні засади розуміння наведених вище категорій адміністративного права.

Виходячи з аналізу конституційних повноважень Верховної Ради України можна стверджувати, що цей орган є органом загальної компетенції, оскільки уповноважений вирішувати досить широке коло питань, що стосуються законотворчої діяльності, формування органів державної влади, здійснення парламентського контролю, формування силових структур, формування бюджетної політики та ряд інших важливих питань внутрішньої і зовнішньої стратегії держави.

Функції Верховної Ради України – це основні напрями її діяльності в різних сферах суспільних відносин. Функції, як і компетенція, Верховної Ради України пов'язані зі специфікою її конституційно-правового статусу як парламенту змішаного типу. Йдеться про такі основні функції Верховної Ради України, як законодавча, установча (державотворча, організаційна), представницька і функція парламентського контролю.

Кожна функція Верховної Ради України має свій порядок здійснення або особливості. Реалізація цих функцій або окремих дій Верховної Ради України та її органів, як правило, називається процедурами або процесом. Відповідно, розрізняють законодавчу процедуру, формування органів державної влади (установчу процедуру), процедуру парламентського контролю, бюджетну та інші спеціальні процедури.

Функції Верховної Ради України можна виділити за двома основними критеріями: формами діяльності (зазвичай розрізняють законодавчу, установчу та контрольну функції парламенту) та об'єктами державно-владного впливу. Виокремлюють політичну, економічну, соціальну функції парламенту [280, с. 17].

Пріоритетною та ключовою функцією є законодавча.

Зазначимо, що протягом останніх років в Україні прийнято понад 1200 чинних нормативно-правових актів різного правового статусу. Ці нормативно-правових акти як додатки включають більше 1000 інструкцій, положень, методичних документів тощо, які регламентують всі види професійної діяльності галузі [307, с. 156].

В Україні на один законодавчий акт (закон) у сфері охорони здоров'я в середньому припадає приблизно 200 підзаконних галузевих нормативно-правових актів. У зв'язку із цим кількість законів прямої дії, тобто таких, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я є замалою. Схожу думку з цього питання висловлював і Л. М. Руснак [484, с. 152].

Звідси випливає, що законодавство в медичній галузі наразі розпорошене і не містить чіткої цілісної структури, а важливі та значущі питання галузі досить часто врегульовані тільки підзаконними нормативно-правовими актами. Це свідчить про те, що законопроектам з питань охорони здоров'я не приділяється належна увага, відсутня чітка позиція реформування галузі та наявні векторно протилежні погляди законодавців на проблеми у сфері охорони здоров'я.

Особливе ключове значення у виробленні політики в медичній галузі належить Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, що діє в структурі Верховної Ради України, та діяльність якого упорядковується Законом України «Про комітети Верховної Ради України». Комітет зі свого боку поділяється на підкомітети по напрямкам діяльності, до яких віднесені відокремлені предмети відання.

Законопроектна функція Комітету полягає в розробці проектів законів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Комітетом було розроблено Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» № 2427-VIII та прийнято Верховною Радою України 17.05.2018. Також Комітет брав безпосередню участь у підготовці Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від

14.11.2017 № 2206-VIII, ініційованого Президентом України. Щодо інших прийнятих законів, з підготовки яких Комітет було визначено головним, слід зазначити: Закон України «Про внесення змін до статті 9 Закону України «Про лікарські засоби» щодо спрощення державної реєстрації лікарських засобів» від 31.05.2016 № 1396-VIII, яким запроваджено спрощену реєстрацію в Україні лікарських засобів, що зареєстровані в країнах із жорсткою регуляторною системою (США, Швейцарія, Японія, Австралія, Канада, ЄС) для насичення українського ринку такими лікарськими засобами та зниження цін на них; Закон України «Про внесення зміни до статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо акредитації аптечних закладів від 09.04.2015 № 326-VIII, яким запроваджено добровільний підхід до проведення акредитації аптечних закладів. Важливою є проведена Комітетом робота по напрацюванню законодавчих ініціатив, необхідних для подальшого розвитку та реформування охорони здоров'я в Україні та виконання міжнародних зобов'язань України за Угодою про асоціацію між Україною та ЄС [131].

Разом з тим функціональною спрямованістю Комітету є також попередній розгляд та підготовка висновків і пропозицій щодо законопроектів, внесених суб'єктами законодавчої ініціативи на розгляд Верховної Ради України; доопрацювання окремих законопроектів за наслідками розгляду їх у першому та наступних читаннях; попередній розгляд та підготовка висновків і пропозицій щодо проектів загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я, а також наданні згоди на обов'язковість чи денонсацію міжнародних договорів України; внесення пропозицій щодо перспективного планування законопроектної роботи в медичній галузі [411].

Утім законопроектна робота є об'ємною і на початкових етапах включає проведення парламентських слухань або слухань у Комітеті задля виявлення та обговорення проблемних питань галузі. Так, у попередні роки проводились парламентські слухання на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»,

під час яких у широкому колі професіоналів та практиків було обговорено першочергові кроки майбутньої реформи, що знайшли своє втілення в затверджених парламентом Рекомендаціях (Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII) і передбачали створення в Україні системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта та здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Як наслідок цього на виконання Рекомендацій парламентських слухань було розроблено низку законопроектів, спрямованих на реформування та розбудову вітчизняної системи охорони здоров'я, частина з яких вже прийнята Верховною Радою України як закони України (приміром, Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII (законопроект про автономізацію закладів охорони здоров'я) [332].

Також тричі проводились парламентські слухання на теми: «Про військово-медичну доктрину України», за результатами яких Верховною Радою України ухвалено Рекомендації, що визначили необхідність затвердження Військово-медичної доктрини України та запропоновано комплекс заходів, необхідних для її втілення в життя (Постановою Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 № 910 затверджено Воєнно-медичну доктрину України); «Про реформу охорони здоров'я в Україні», за результатами яких Верховною Радою України ухвалено Рекомендації, якими визначено чіткий перелік (покроковий план) першочергових заходів, необхідних для здійснення реформи в охороні здоров'я в Україні; «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє», метою яких було: професійне та громадське обговорення питання реформування медичної освіти в Україні, висвітлення проблем та визначення основних стратегічних напрямів подальшого розвитку медичної освіти в контексті реформування охорони здоров'я України та розроблення пріоритетних заходів, що мають бути вжиті законодавчою та виконавчою владою України з метою розвитку

вітчизняної медичної освіти (проект Рекомендацій парламентських слухань був внесений на розгляд Верховною Радою України за № 6467, однак не був затверджений) [458].

Безпосередньо в Комітеті обговорювались питання щодо доцільності запровадження лікарського самоврядування в Україні [258, с. 27], особливостей сімейної медицини в нинішніх реаліях, охорони репродуктивного здоров'я населення тощо, в результаті чого Комітетом було затверджено рекомендації щодо вирішення проблемних питань галузі та обґрунтування необхідності розробки законопроектів, які б урегулювали ці питання.

Характеристика роботи в Комітеті дає підстави стверджувати про наявність таких позитивних аспектів слухань: 1) слухання забезпечують цілісний комплекс бачення проблеми, оскільки залучаються представники різних зацікавлених сторін; 2) забезпечується зворотній зв'язок між суспільством, законодавчими та виконавчими органами влади, що сприяє в прийнятті зважених політичних рішень; 3) враховується думка громадськості; 4) проводиться глибокий аналіз проблеми із заслуховуванням провідних фахівців, в результаті чого формуються правові позиції.

Утім попри здавалось би ґрунтовну процедуру розгляду проблемних питань, варто вказати на досить частий недолік, а саме відсутність у постановах, що приймаються в результаті проведених слухань, чіткого механізму дій, обов'язкових до виконання. Отже, відбувається лише констатація проблеми та необхідність її вирішення, що призводить виключно до декларативності результату.

Водночас варто зауважити, що слуханням на рівні Парламенту приділяється більше значимості, ніж слуханням на рівні Комітету. Таке зміщення акцентів є необґрунтованим, оскільки змістовна складова не відрізняється, а навпаки пріоритетність слухань в Комітеті мала б бути

запорукою більш профільного та компетентного характеру розгляду і сприяти більш раціональному використанню часу парламентарів.

Також досить спірним, на наш погляд, є формулювання підп. 10-11 ст. 29 Закону України «Про Комітети Верховної Ради України», відповідно до яких «Комітети, у разі необхідності, запрошують на слухання Першого віце-прем'єр-міністра України, віце-прем'єр-міністрів України, міністрів України, керівників державних органів, органів місцевого самоврядування, представників об'єднань громадян, а також окремих громадян. На письмове попереднє запрошення комітету особи, зазначені в частині десятій цієї статті, інші посадові особи зобов'язані прибути на слухання та дати роз'яснення щодо питань, які розглядаються комітетом» [411]. Тобто, цією нормою можливість участі у слуханнях визначається отриманням запрошення від Комітету, а звідси випливає, що суб'єкт, позиція якого буде невігідною Комітету, ймовірно може не отримати запрошення, а тому про об'єктивізм та всебічність розгляду проблемних питань не може бути й мови. У зв'язку з цим, вважаємо, що підхід до визначення кола учасників в слуханнях має бути змінений. Скажімо, може бути відкрита он-лайн реєстрація потенційних учасників з обґрунтуванням важливості виступу та наданих пропозицій. А Комітет наділявся б правом відмовити у такій участі тільки у чітко визначених випадках.

Відповідно до ч. 8 ст. 29 Закону України «Про Комітети Верховної Ради України» «Комітети, що проводять слухання, не пізніше ніж за три дні до їх проведення, надають членам комітету аналітичні та довідкові матеріали з питань, що розглядатимуться. Інші учасники слухань у комітеті, як правило, отримують відповідні матеріали під час реєстрації» [411]. З наведеного можна підсумувати, що іншим учасникам може бути недостатньо часу для ознайомлення з матеріалами та вироблення на основі цього своєї правової позиції. Тому вважаємо, що доцільне розміщувати таку інформацію на



офіційних інтернет-ресурсах Верховної Ради України з широкою можливістю доступу громадськості та інших учасників слухань.

В основі установчої функції Верховної Ради України закладені повноваження по формуванню органів державної влади, призначенню посадових осіб або ж надання згоди на це. Зокрема, у сфері охорони здоров'я Верховна Рада України наділена конституційними повноваженнями формувати свої внутрішні інституції, такі як Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, обирати його голову, першого заступника, заступників голови та секретаря Комітету, а також тимчасові спеціальні і тимчасові слідчі комісії. Важливим повноваженням Верховної Ради України є призначення за поданням Прем'єр-міністра України Міністра охорони здоров'я України [257, с. 291].

Так, відповідно до постанови «Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання» було створено Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. У додатку до зазначеної постанови було конкретизовано предмети відання цього комітету, до яких віднесли: законодавство про охорону здоров'я, зокрема про медичну допомогу, лікувальну діяльність, лікарські засоби, медичні вироби, фармацію та фармацевтичну діяльність; державну політику у сферах боротьби із соціально небезпечними захворюваннями (СНІД, туберкульоз, наркоманія тощо), інфекційного контролю та епідемічної безпеки; сучасні медичні технології та медичну техніку; розвиток трансплантології в Україні; добровільне медичне страхування; правове регулювання обов'язкового державного медичного страхування; санаторно-курортне оздоровлення; охорону материнства та дитинства, репродуктивне здоров'я населення; військову медицину [426]. Для забезпечення основних напрямів своєї діяльності відповідно до ст. 37 Закону України «Про комітети Верховної Ради України» Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування

утворив із свого складу такі підкомітети та визначив їх предмети відання: підкомітет з питань медичного страхування; підкомітет з питань охорони здоров'я; підкомітет з питань фармації та фармацевтичної діяльності; підкомітет з питань забезпечення епідемічної безпеки, боротьби із ВІЛ/СНІД та соціально небезпечними захворюваннями; підкомітет з питань сучасних медичних технологій та розвитку трансплантології; підкомітет з питань медичної техніки та медичного транспорту; підкомітет з питань оздоровлення та охорони материнства і дитинства; підкомітет з питань військової медицини; підкомітет з питань технічного регулювання та стандартизації у сфері охорони здоров'я; підкомітет з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями [291].

І в цьому контексті, з урахуванням практики діяльності парламентських комітетів, очевидно, слід погодитися з думкою С. А. Косінова, який наголошує на необхідності розробки й застосування науково обґрунтованих критеріїв розмежування компетенції комітетів та визначення їхньої оптимальної кількості. Адже прямим наслідком надмірної чисельності комітетів Верховної Ради України є «розпорошування» їх контрольних повноважень, а також ускладнення здійснення контролю за «галузевими» міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади [176, с. 10–11].

Функція парламентського контролю розуміється науковцями як врегульована правовими нормами діяльність Верховної Ради України щодо виявлення відповідності змісту, форм, методів, результатів діяльності органів виконавчої влади, їх керівників та інших посадових осіб Конституції України, вимогам законів. Слушним видається зауваження І. К. Залюбовської, що головне завдання парламентського контролю полягає не в тому, щоб фіксувати недоліки та порушення, а в тому, щоб на підставі виявлених недоліків вживати реальних та дієвих заходів щодо їх усунення, з'ясувати їх причини та вживати заходів щодо запобігання їх у майбутньому шляхом надання відповідних

зауважень та, якщо це необхідно, внесення змін і доповнень до чинного законодавства, розробки заходів щодо нейтралізації виявлених порушень [477, с. 11].

Проаналізувавши нормативні акти, доходимо висновку, що функція парламентського контролю може здійснюватися як безпосередньо Верховною Радою України, так і опосередковано (приміром, Комітетом з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини, Рахунковою палатою тощо). Головним чинником парламентського контролю має бути оптимізація системи контролюючих суб'єктів, збалансований розподіл контролюючих повноважень між ними, а також удосконалення форм і методів їх взаємодії. Приміром, Верховна Рада України здійснює контроль за діяльністю Кабінету міністрів України; контрольна функція Комітету полягає в аналізі практики застосування законодавчих актів у діяльності державних органів, їх посадових осіб з питань охорони здоров'я, підготовці та поданні відповідних висновків та рекомендацій на розгляд Верховної Ради України; метою парламентського контролю Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини є додержання конституційних прав і свобод людини і громадянина; предметом контролю Рахункової палати є виконання Державного бюджету України для забезпечення доцільності, економності та ефективності використання державних коштів. Зауважимо, що наведені форми контролю є взаємодоповнюючими та пов'язаними між собою, а їх поділ можна вважати умовним за суб'єктною ознакою.

Утім слід акцентувати увагу, що повноваження Комітету не слід розглядати відокремлено та самостійно від повноважень Верховної Ради України. Комітет повинен сприяти Верховній Раді України в здійсненні контрольних повноважень, посилюючи її діяльність певними діями допоміжного характеру. Про це йдеться в рішенні Конституційного суду

України від 10.06.2010 № 16-рп/2010 [477], зі змісту якого випливає, що контрольні повноваження комітетів повинні бути похідними від контрольних повноважень Верховної Ради України загалом та покликані сприяти парламенту України в реалізації таких повноважень; контрольні повноваження комітетів Верховної Ради України не можуть бути ширшими за контрольні повноваження самої Верховної Ради України, а так само не повинні виходити за їх межі; комітети Верховної Ради України не є самостійними суб'єктами здійснення парламентського контролю.

Виходячи з такої позиції, С. Лінецький звертає увагу на потребу перегляду на відповідність Конституції України тих положень законів України, якими встановлено самостійні повноваження комітетів [202, с. 22].

Варто зазначити, що науковцями виділяється досить багато підстав для класифікації парламентського контролю. Зокрема, І. К. Залюбовська у своєму дослідженні розмежовує контроль залежно від наслідків – інформаційний, юридичний та політичний. До інформаційного контролю вчена відносить: заслуховування доповідей і звітів Кабінету Міністрів України, Генерального прокурора України, інших вищих посадових осіб органів виконавчої влади, які обираються, або для призначення яких необхідна згода Верховної Ради України; проведення «Днів уряду», запити, проведення парламентських дебатів щодо певних визначених питань державного життя, парламентські слухання. До юридичного контролю парламенту автор пропонує віднести депутатські запити (інтерпеляції); депутатські звернення; парламентські розслідування; проведення спеціальних (надзвичайних) засідань у разі введення військового або надзвичайного стану; дострокове припинення повноважень Верховної Ради Автономної Республіки Крим. Політичним контролем, на думку науковця, слід вважати резолюції про недовіру Кабінету Міністрів України; усунення з посади Президента України при застосуванні процедури імпічменту; звільнення з посад інших посадових осіб органів виконавчої влади [120, с. 13–14].

При дослідженні правової природи контролюючої функції Верховної Ради України у сфері охорони здоров'я є очевидним, що повноваження парламентського контролю здійснюються неналежним чином. Науковці вбачають різні причини цього, як от рекомендаційний, а не обов'язковий характер рішень комітетів; відсутність спеціального законодавчого регулювання у цій сфері суспільних відносин (зокрема на рівні окремого закону про парламентський контроль в Україні або про засади парламентського контролю в Україні); нестача функціональних повноважень комітетів у сфері здійснення парламентського контролю; відсутність чітких конституційних норм, які б дозволяли реалізовувати парламентський контроль у межах діяльності комітетів Верховної Ради України; неефективність і вибірковість, відсутність постійності і системності у контрольній діяльності комітетів Верховної Ради України; недостатня реалізація ними існуючих можливостей при здійсненні парламентського контролю (І. К. Залюбовська, О. О. Майданник, М. П. Орзіх) [120; 216; 270].

Значною мірою, на наш погляд, сутність парламентського контролю у сфері охорони здоров'я наразі зводиться до того, щоб знайти невідповідність, вказати на проблему, проте стадія вирішення проблеми, що має бути заключною метою цього процесу, не завжди настає. Контроль має формувати реальну всебічну оцінку стану реалізації державної політики в медичній галузі, виявляти не лише недоліки, а й кращі показники та застосування передових технологій в медичній галузі. Тобто, метою контролю має бути не лише оцінка стану виконання/невиконання, а й оптимізація та підвищення ефективності реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

У зв'язку з цим слід погодитися з Т. Маматовою, яка, досліджуючи реалізацію функції державного контролю, дійшла висновку, що для зміни існуючого стану державний контроль має розглядатись з позиції принципово

нової парадигми – як системна діяльність із надання послуг неявно визначеному споживачеві на підґрунті управління на основі якості [220].

Заслуговує на увагу повноваження Комітету, закріплене у підп. 1 п. 1 ст. 14 Закону України «Про комітети Верховної Ради України» [411], що полягає в аналізі практики застосування законодавчих актів у діяльності державних органів, їх посадових осіб з питань, віднесених до предметів відання комітетів, підготовці та поданні відповідних висновків та рекомендацій на розгляд Верховної Ради України. Здається очевидним, що дане повноваження має бути ключовим в реалізації функції контролю, оскільки повинне спрямовуватись на профілактику та попередження негативних тенденцій в підконтрольній сфері, не лише вказувати на певні недоліки, а й моделювати позитивні напрями та пропозиції практичного застосування законодавчих актів.

Однак вказане повноваження потребує більш чіткої конкретизації щодо форми та строків його здійснення. Оскільки контроль передбачає постійний і триваючий процес отримання та аналізу інформації, є необхідність підсумкових етапів такого процесу. Підсумовуючи окреслене, вважаємо за доцільне запропонувати механізм підготовки щорічних узагальнень Комітетом з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування практики реалізації законів та постанов Верховної Ради України державними органами та посадовими особами в медичній галузі, розробляти пропозиції вирішення проблемних аспектів правозастосування, а у разі виявлення чіткої невідповідності діяльності публічних суб'єктів медичного права нормам законодавства, піднімати та розглядати питання щодо їх відповідальності.

На вирішення зазначених проблем І. К. Залюбовська висловила тезу про недостатнє нормативне регулювання парламентського контролю за діяльністю органів виконавчої влади в Україні та обґрунтувала пропозицію щодо його удосконалення шляхом прийняття Закону України «Про основні засади парламентського контролю в Україні», в якому слід закріпити визначення

парламентського контролю, зокрема парламентського контролю за діяльністю органів виконавчої влади, його напрями, принципи, види тощо [120, с. 7–8]. Утім, якщо думка щодо прийняття окремого нормативно-правового акта з цього питання може бути дискусійною, то позиція автора про необхідність нормативного закріплення механізму виконання органами виконавчої влади приписів суб'єктів парламентського контролю та встановлення адміністративної відповідальності посадових осіб органів виконавчої влади за ухилення від виконання контрольних приписів суб'єктів парламентського контролю не піддається сумніву.

Представницька функція парламенту України полягає у вираженні волі народу, що є основою державної влади. З-поміж усіх органів державної влади саме парламент виступає як орган загальнонародного представництва. Також зміст цієї функції характеризується тим, що закони, які приймаються, мають відображати суспільний інтерес, повинні базуватись на потребах громадськості та відображати найбільш актуальні питання життєдіяльності суспільства і конкретної людини.

У цьому аспекті представницька роль парламенту має важливе значення для становлення громадянського суспільства, втілення принципів демократії та правової держави, забезпечення прав людини [280, с. 25].

Слід погодитися з думкою авторів Б. С. Рішко і Р. І. Ребриш, що вивчення громадської думки в контексті законодавчого процесу через проведення громадських слухань законопроектів на місцях дозволить з'ясувати позицію громадськості, передбачити її реакцію на прийняті рішення, спрогнозувати рівень сприйняття громадянами пропонованих новацій [480, с. 133].

Отже, на підставі аналізу різних підходів і трактувань повноважень Верховної Ради України можна констатувати, що пріоритетними функціями парламенту в сфері охорони здоров'я є законотворча та установча, оскільки цей державний орган займається розробкою нормативних актів у сфері охорони

здоров'я, визначенням стандартів та регуляторів у медичній галузі, формуванням державних органів, необхідних для підтримання охорони здоров'я у державі, їх фінансуванню, цим самим формуючи державну політику в сфері охорони здоров'я та забезпечуючи її реалізацію через надані контрольні функції.

При дослідженні правової природи повноважень Верховної Ради України важливе значення має окреслення сфери взаємодії парламенту з іншими органами державної влади, зокрема, Президентом України та Кабінетом Міністрів України.

Комплексний аналіз конституційних норм дозволяє зробити висновок, що взаємодія Верховної Ради України з Президентом України відбувається під час таких процедур: 1) законотворчості; 2) формування органів управління в сфері охорони здоров'я; 3) дострокового припинення повноважень Верховної Ради України чи Президента України; 4) комплексної реалізації контрольних повноважень; 5) введення надзвичайного стану, підставою чого може бути загроза здоров'ю населення тощо.

У законотворчому процесі Президент України може брати участь у двох правових формах: право законодавчої ініціативи та підписання/ветування закону. Зокрема, ст. 93 Конституції України надає Президенту України, поряд з іншими визначеними суб'єктами, право вносити на розгляд Верховної Ради України законопроекти. При цьому конкретизовано, що «законопроекти, визначені Президентом України як невідкладні, розглядаються Верховною Радою України позачергово» [168]. Приміром, Президентом було ініційовано прийняття Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII, в пріоритеті якого є розбудова сільської медицини, що є надзвичайно важливим, оскільки 31 % населення України проживає у сільській місцевості, а це понад 13 млн українців. Інша форма знаходить своє змістовне вираження у ст. 94 Конституції



України, якою визначено, що «Президент України протягом п'ятнадцяти днів після отримання закону підписує його, беручи до виконання, та офіційно оприлюднює його або повертає закон зі своїми вмотивованими і сформульованими пропозиціями до Верховної Ради України для повторного розгляду» [168]. Цей механізм затвердження закону не вказує на пріоритетність чи верховенство Президента у цьому процесі, а лише свідчить про взаємодію та спільність прийняття важливих для держави рішень, а також така процедура може виявити і вказати на певні недоліки закону. До того ж норма містить «запобіжник» безпідставному чи упередженому вето, «якщо під час повторного розгляду закон буде знову прийнятий Верховною Радою України не менш як двома третинами від її конституційного складу, Президент України зобов'язаний його підписати та офіційно оприлюднити протягом десяти днів. У разі якщо Президент України не підписав такий закон, він невідкладно офіційно оприлюднюється Головою Верховної Ради України і опубліковується за його підписом» [168].

Не менш важливими є інші форми взаємодії. Зокрема, за поданням Президента України Верховна Рада України призначає Прем'єр-міністра України, а за поданням Прем'єр-міністра України призначає інших членів Кабінету Міністрів України, зокрема і Міністра охорони здоров'я. Відповідно, виникає потреба також в комплексній реалізації контрольних повноважень. С. В. Болдирєв умовно поділяє їх на такі групи: 1) ті, що реалізуються спільно; 2) ті, що реалізуються відносно один до одного [38, с. 8]. До першої групи можна віднести правомочності зазначених суб'єктів щодо відставки Кабінету Міністрів України у разі висловлення йому недовіри, а до другої групи слід включити, приміром, заслуховування Верховною Радою України щорічних послань Президента України тощо.

Аналіз особливостей взаємодії парламенту, Кабінету Міністрів України, Президента України дає підстави для висновку, що такі процедури мають бути

чітко регламентовані та деталізовані, оскільки тільки завдяки співпраці та взаємоузгодженим діям різних гілок державної влади може відбуватись послідовна політика у сфері охорони здоров'я, а механізм запобігання та вирішення проблем галузі може працювати за рахунок політичної волі та домовленостей.

Не менш важливою правовою інституцією із дотриманням прав у сфері охорони здоров'я та інших сферах життєдіяльності є Уповноважений Верховної Ради України з прав людини (далі – Уповноважений). Правове регулювання діяльності Уповноваженого визначається Конституцією України [168], Законом України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» [449] та деякими іншими нормативно-правовими актами. Зокрема, ст. 55 Конституції України закріплюється право кожного на звернення за захистом своїх прав до Уповноваженого з прав людини, а зазначеним законом визначається правовий статус омбудсмена. Конституційне закріплення статусу Уповноваженого вказує на вагомість його ролі в охороні та захисті прав громадян, визначає пріоритетність прав людини і громадянина та створює бар'єр від неправомірних дій органів державної влади та посадових осіб.

Б. І. Стахура висловив думку, що омбудсмен – це переважно політичний інститут, а не правоохоронний; його головне завдання полягає у тому, щоб захистити права і свободи людини тоді, коли інші державні органи виявляються неспроможними, оскільки причиною порушень є недосконалість самих законів [514, с. 68].

Уповноважений є відносно самостійним суб'єктом, на це вказує ст. 4 Закону України від 23.12.1997 № 776/97-ВР, де зазначено: «Уповноважений здійснює свою діяльність незалежно від інших державних органів та посадових осіб. Діяльність Уповноваженого доповнює існуючі засоби захисту конституційних прав і свобод людини і громадянина, не відміняє їх і не тягне перегляду компетенції державних органів, які забезпечують захист і поновлення

порушених прав і свобод» [449]. Тобто, Уповноважений є суб'єктом парламентського контролю за дотриманням конституційних прав і свобод, гарантом їх захисту, запобігання дискримінації, особливо у тих випадках, коли мають місце порушення в правозастосуванні з боку інших державних органів, невиконання чи неналежне виконання ними своїх повноважень. Самостійність омбудсмена ґрунтується на деяких правових приписах: державним органам заборонено втручатись в діяльність Уповноваженого, повноваження омбудсмена не залежать від повноважень Верховної Ради України, встановлено особливі умови притягнення до відповідальності омбудсмена тощо.

Особливий статус та відносна самостійність Уповноваженого формують позитивну оцінку його діяльності в суспільстві. Можемо констатувати, що ступінь довіри населення з-поміж інших соціальних інституцій до діяльності Уповноваженого за показниками є вищим ніж до судів, поліції, прокуратури, СБУ, що є досить важливим фактором при виборі форми захисту [125].

Саме тому звернення до Уповноваженого за захистом прав громадян в медичній сфері є поширеним явищем. Наприклад, протягом 2019 року до Уповноваженого було зафіксовано 918 звернень, що стосувалися різноманітних порушень прав громадян у сфері охорони здоров'я [583].

Аналіз звіту Уповноваженого щодо дотримання прав громадян в медичній галузі свідчить про такі виявлені порушення:

1. Через недостатнє фінансування порушуються права громадян на медичну допомогу та знижується якість надаваних медичних послуг. Підхід до фінансування медичної галузі було змінено з квітня 2019 року за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Відповідно, фінансування не здійснюється відносно громадян, які не заключили декларацію з лікарем. Водночас дещо в меншому обсязі фінансується впровадження реформи вторинної медичної допомоги.

2. Порухення трудових прав медичних працівників, зокрема заборгованість з виплати заробітної плати. До того ж не унормовано навантаження та відповідно оплата праці сімейного лікаря, який заміщує тимчасово або постійно відсутніх лікарів, а також у разі надання медичної допомоги громадянам, які не змогли заключити декларації через наявність гранично допустимої кількості поданих декларацій у лікаря.

3. Заклади охорони здоров'я недостатньо забезпечені кваліфікованими кадрами, внаслідок цього унеможливується подання декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

Наприклад, до Уповноваженого надійшло звернення громадянина Р., жителя Броварського району Київської області щодо поновлення його права на вільний вибір лікаря. За результатами вжитих Уповноваженим заходів, заявнику запропоновано звернутися до лікарів Калинівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини та подати декларацію про вибір лікаря [583].

4. Порухення прав громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, на безоплатну медичну допомогу. На забезпеченість таких громадян лікарськими засобами в повному обсязі негативно впливає відсутність державного реєстру громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, передбаченого ст. 53 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [272].

5. Порухення прав громадян на закордонне лікування, що стосуються як процедури отримання дозволів на таке лікування, так і контролю за якістю отриманої допомоги.

6. Порухення прав громадян на медичну допомогу у місцях несвободи, зокрема, пенітенціарних установах, психіатричних лікарнях, стаціонарних інтернатних установах. Такі порушення переважно стосуються ненадання медичної допомоги, порушення плановості проходження медичних оглядів та спостережень, приховування фактів нанесення тілесних пошкоджень,

недоукомплектованість ліками або ж використання прострочених лікарських засобів тощо. Приміром, у Буданівській обласній психіатричній лікарні було виявлено недієздатну хвору Б., яка має злякисне новоутворення молочної залози. Вона стверджувала, що у лікарні перебуває більш як чотири роки, але ніякого лікування у зв'язку з онкологічним захворюванням не отримує, бо відмову написав її опікун [256, с. 18].

Слід зазначити, що для повноцінного здійснення своєї діяльності та реагування на виявлені порушення Уповноважений наділений такими повноваженнями: комунікативні (зв'язок з органами державної влади та місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями тощо); представницькі (захист прав та інтересів громадян в судовому порядку як шляхом ініціювання справи, так і прийняття участі в засіданнях судів усіх інстанцій); інформаційні (збір інформації, доступ до інформації); контролюючі (можливість перевірки умов перебування в місцях, де особи примусово тримаються за судовим рішенням або рішенням адміністративного органу відповідно до закону, психіатричні заклади, пункти тимчасового розміщення біженців, будинки дитини, психоневрологічні інтернати, будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю тощо); ініціативні (внесення пропозицій щодо вдосконалення законодавства України у сфері захисту прав і свобод людини і громадянина; акти реагування на виявлені правопорушення) та інші [449].

Вважаємо за доцільне проаналізувати окремі повноваження омбудсмена та визначити їх дієвість і ефективність у сфері охорони здоров'я. Однією з ключових правомочностей Уповноваженого є акти реагування. У разі надходження звернення до Уповноваженого для вирішення конкретного спору можуть застосовуватись акти реагування, що конкретизується ст. 15 Закону України від 23.12.1997 № 776/97-ВР. Цією нормою передбачені такі форми реагування: конституційне подання Уповноваженого; подання Уповноваженого

до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян, підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності та їх посадових і службових осіб.

Відмінність цих правових форм полягає в тому, що в основі конституційного подання є звернення Уповноваженого до Конституційного Суду України з метою вирішення питання про конституційність окремих правових приписів чи визначення їх відповідності Основному Закону України, а подання Уповноваженого до державних органів, органів місцевого самоврядування тощо є зверненням, мета якого – усунути виявлені порушення зазначеними органами в місячний строк.

Цікавим з точки зору судової практики є рішення Конституційного Суду України у справі про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України від 01.06.2016 № 2-рп/2016 [471]. У цьому конституційному поданні Уповноваженим ставилася під сумнів ч. 1 ст. 13 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 № 1489-III, якою передбачено, що особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. Автор клопотання вважає, що це положення є неконституційним «в тій мірі, в якій воно дозволяє госпіталізацію особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна без судового рішення, прийнятого за результатами перевірки обґрунтованості та необхідності такої госпіталізації в примусовому порядку» [471]. Взагалі, проблематика захисту прав недієздатних осіб досить часто фігурує в практичній діяльності омбудсмена, оскільки нерідкими є випадки їх порушення саме з боку опікунів, які часто діють не на користь підопічних, а у власних інтересах. У результаті розгляду наведеної вище справи було прийнято рішення про визнання неконституційною вказаної

правової норми, проте Верховна Рада України внесла зміни в цей Закон всупереч правовій позиції Конституційного Суду України, що призвело до нового звернення Уповноваженого з конституційним поданням. І лише на підставі позитивного рішення Конституційного Суду України від 20.12.2018 № 13-р/2018 [472] правове формулювання було визнано неконституційним та виключено із закону.

Не менш показово демонструє захист прав недієздатних осіб конституційне звернення Уповноваженого по справі про звернення осіб, визнаних судом недієздатними та перевірка конституційності окремих положень Закону України «Про звернення громадян» від 02.10.1996 № 393/96-ВР. На думку суб'єкта права на конституційне подання, оспорювані положення Закону встановлюють обмеження для осіб, визнаних судом недієздатними, у реалізації передбаченого ст. 40 Конституції України права направляти індивідуальні чи колективні письмові звернення або особисто звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування та посадових і службових осіб цих органів, що зобов'язані розглянути звернення і дати обґрунтовану відповідь у встановлений законом строк [473]. Рішенням Конституційного Суду України по цій справі було визнано неконституційними відповідні норми закону і цим самим усунуто недоліки законодавства щодо дискримінації та ущемлення прав недієздатних осіб порівняно з іншими громадянами України.

Національне законодавство наділяє Уповноваженого правом вносити пропозиції з метою вдосконалення законодавства у сфері захисту прав і свобод людини і громадянина. Однак на відміну від інших суб'єктів (Президента України, Кабінету Міністрів України, народних депутатів) Уповноважений не наділений правом законодавчої ініціативи. Підходи та погляди вчених з приводу того, чи потрібно наділяти Уповноваженого правом законодавчої ініціативи різняться. З одного боку, така правова можливість сприятиме

підсиленню позиції омбудсмена та закріпленню за ним реального правового механізму втілення результатів своєї діяльності у питаннях, що входять до кола його обов'язків, з іншого боку вказана правомочність може негативно вплинути на його незалежність, оскільки пропозиції омбудсмена вимагатимуть політичної підтримки та урядової і парламентської співпраці. В контексті посилення засобів впливу цієї інституції вважаємо за доцільне наділити Уповноваженого правом законодавчої ініціативи (за прикладом багатьох зарубіжних країн).

Що стосується іншої форми – подання Уповноваженого до органів державної влади, зазначимо, що вона застосовується досить часто, хоча має певні недоліки. Подання адресується органу, який є уповноваженим здійснити певні дії, що є необхідними для вирішення спору. При цьому встановлюється місячний строк із дати отримання повідомлення для надання відповіді цим органом на подання Уповноваженого. Очевидним є те, що така форма здебільшого розрахована на добросовісних виконавців. Однак, якщо адресат подання (рекомендації) відмовляється надати інформацію чи будь-які документи, які вимагаються, або відмовляється надати документи, які є релевантними для вивчення звернення, адресат не виконує законні вимоги Уповноваженого. Таке правопорушення визначене ст. 188-40 КУпАП. У таких випадках представник Уповноваженого може скласти адміністративні протоколи (п. 6.7 Положення про представників Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини), а Уповноважений особисто не може скласти такі протоколи. Представники Уповноваженого радше частіше використовують приписи замість адміністративних протоколів. Ця практика описана у п. 6.4 Положення про представників Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Положенням передбачено, що представники Уповноваженого мають право підписувати листи з питань, порушених на основі звернень, а також рекомендації щодо дотримання стандартів у сфері прав людини, здійснювати



контроль за їх опрацюванням та наданням громадянам остаточних відповідей на їх звернення [454, с. 6].

Отже, можна констатувати, що Уповноважений має недостатньо прав для впливу на державні органи та посадових осіб з метою усунення порушень прав громадян, адже на законодавчому рівні не визначено юридичної сили актів Уповноваженого, тому досить часто має місце невиконання або досить формальний характер виконання (надання відписок) його вимог. Показовим прикладом може бути ситуація, приміром, коли Уповноважений звертається з актом реагування до роботодавця з вимогою усунути порушення прав медичного працівника, що полягає у невиплаті заробітної плати. Утім, якщо одночасно надійшло рішення органу, якому підпорядковується зазначена установа, про необґрунтованість таких виплат, це нівелює будь-які приписи Уповноваженого і зводить його роль у вирішенні конфлікту нанівець. У зв'язку з цим обґрунтованою може бути позиція щодо посилення відповідальності за ігнорування, неналежне реагування або бездіяльність на звернення омбудсмена та надання його актам більш визначеного юридичного статусу.

Водночас ст. 18 Закону України від 23.12.1997 № 776/97-ВР передбачено таку форму звітності Уповноваженого, як щорічні та спеціальні доповіді. У щорічній доповіді повинні чітко конкретизуватись випадки порушення прав та свобод громадян у різних сферах життєдіяльності, зазначаються результати перевірок, які заходи реагування вживались тощо. У разі необхідності Уповноважений може представити Верховній Раді України спеціальну доповідь (доповіді) з окремих питань додержання в Україні прав і свобод людини і громадянина [449]. Однак, незважаючи на те, за щорічною та спеціальною доповідями Уповноваженого приймається парламентська постанова, їх юридична сила і обов'язковість ставляться під сумнів, оскільки виконавчі та управлінські органи здебільшого самостійно вирішують, виконувати та впроваджувати їм рекомендації омбудсмена чи залишити їх поза увагою. Тому

досить часто рекомендації залишаються декларативними і не знаходять реального втілення та реалізації.

Аналогічно, у ст. 27 Закону про омбудсмена Республіки Хорватія визначено, що відповідні органи зобов'язані повідомити омбудсмена у визначений ним термін про заходи, ужиті ними щодо наданих омбудсменом пропозицій або рекомендацій. Окрім того, закон містить положення, що якщо органи не інформують омбудсмена про вжиті ними заходи у визначений термін або якщо вони не діють відповідно до його/її рекомендації чи пропозиції, омбудсмен повідомляє про це орган, уповноважений на здійснення нагляду за такими органами. Вказані положення дають омбудсменові можливість контролювати впровадження рекомендацій шляхом направлення до наглядових органів вимоги про вжиття відповідних заходів у межах їх компетенції та здійснення нагляду за діями і рішеннями підпорядкованих їм установ [454, с. 19].

У зв'язку з цим слід погодитися з думкою Б. І. Стахури, який зазначає, що інститут омбудсмена може ефективно існувати лише у країнах з усталеними конституційними традиціями і високою правовою культурою населення [514, с. 70].

Отже, можна підсумувати, що Уповноважений функціонально здійснює як адміністративний нагляд, так і низку повноважень щодо охорони, захисту та відновлення порушених прав громадян. Утім вважаємо, що діяльність омбудсмена не повинна концентруватись виключно на порушенні прав, а має бути також спрямована на результат, що полягає у виробленні підходів ефективного управління в державних органах.

Узагальнюючи викладені позиції, Уповноважений повинен проектувати свою діяльність поряд з іншим в таких напрямках:

- 1) захист громадян від неправомірних дій державних органів;

- 2) надання рекомендацій щодо змін в підходах управління та практичній діяльності державних органів за результатами виявлених зловживань;
- 3) розробка ресурсних матеріалів для використання в державних органах;
- 4) забезпечення вертикальної підзвітності між населенням та урядом, створюючи для представників громадськості можливість подання скарг щодо державного управління, а також розслідування та оцінки проблемних питань, що їх турбують.

Ґрунтовне дослідження повноважень омбудсмена дає підстави підкреслити їх досить широкий спектр, зокрема Уповноважений взаємодіє з:

- 1) громадянами щодо реагування на їх звернення та вирішення проблемних питань;
- 2) державними органами в частині усунення виявлених порушень;
- 3) органами державної влади щодо надання рекомендацій, що стосуються безпосередньо їх діяльності;
- 4) Конституційним Судом України та іншими судовими установами щодо конституційності нормативно-правових актів і захисту прав та інтересів громадян в суді;
- 5) парламентом з приводу реалізації контрольний повноважень та звітності.

Вочевидь, сфера правовідносин, в яких омбудсмен виступає учасником, є обширною. Тому питання розмежування діяльності омбудсменів за конкретними спеціалізаціями є актуальним, хоча й дискусійним.

Інститут спеціалізованих омбудсменів відомий багатьом зарубіжним країнам. Сьогодні поширеними видами спеціалізованих омбудсменів є омбудсмени: із захисту прав дітей (Норвегія, Фінляндія, ФРН, Австралія, Нова Зеландія, Ізраїль, Колумбія, Швеція, Данія, Ісландія), із захисту прав жінок (Швеція, Фінляндія, Норвегія, Литва), військові (ФРН, Нідерланди, Чехія), з прав національних та етнічних меншин (Угорщина, Фінляндія, Швеція),

рівноправності чоловіків і жінок (Швеція, Фінляндія, Норвегія), інформаційні (інформаційний комісар/уповноважений з питань преси та інформації/захисту інформаційних (персональних) даних) (Великобританія, Словенія, Сербія, Шотландія, Швеція, Норвегія, Нова Зеландія, Німеччина, Франція, Угорщина, Чехія), пенітенціарні (у багатьох штатах США, а також у Канаді, Великобританії) тощо [21, с. 14].

На думку В. Б. Барчука та О. Ю. Іванова можна запропонувати такі варіанти класифікації спеціалізованих омбудсменів:

1) за сферою спеціалізації – інформаційні, із забезпечення статевої рівності, із захисту прав жінок, у справах споживачів, з охорони навколишнього середовища, із захисту прав неповнолітніх, з охорони здоров'я, із захисту прав військовослужбовців та ін.;

2) за територіальністю – національні, регіональні, місцеві;

3) за часом існування – постійні та тимчасові;

4) за порядком призначення – виборні, призначувані та такі, що набувають повноважень за змішаною процедурою;

5) за суб'єктом призначення – президентські, парламентські, урядові та ін.;

6) за імперативністю – омбудсмени сильної (шведської) та слабкої (англійської) моделі [21, с. 16].

Наразі в Україні окрім Уповноваженого діють омбудсмени, яких можна вважати спеціалізованими, оскільки за ними закріплено певний напрям (сфера) захисту прав людини, а саме: Уповноважений Президента України з прав дитини (указ Президента України від 11.08.2011 № 811 [290]); Уповноважений із захисту державної мови (Закон України «Про забезпечення функціонування української мови як державної» від 25.04.2019 № 2704-VIII[364]); освітній омбудсмен (постанова Кабінету Міністрів України від 06.06.2018 № 491 «Деякі

питання освітнього омбудсмена» [91]; Рада бізнес-омбудсмена (розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.11.2014 № 691 [450]).

Саме тому, а також, враховуючи значну кількість порушень конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу в Україні, що є базовими та основоположними, оскільки забезпечують природне існування людини, вважаємо за необхідне впровадити посаду спеціалізованого Омбудсмена з охорони здоров'я.

Дискусійність цього питання полягає не лише в обґрунтованості існування такої правової інституції, а й у формі створення, призначення та функціонування.

Зокрема, Конституційний Суд України 20.11.2019 надав правовий висновок стосовно відповідності законопроекту № 1016 про внесення змін до статей 85 та 101 Конституції України (щодо уповноважених Верховної Ради України) вимогам статей 157 і 158 Конституції України, в якому визначив, що згаданий законопроект не відповідає вимогам ч. 1 ст. 157 Конституції України [54]. В законопроекті пропонувалося надати Верховній Раді України повноваження призначати уповноважених Верховної Ради України для здійснення парламентського контролю за додержанням Конституції України і законів в окремих сферах. Висновок Конституційного Суду базувався на таких позиціях:

- контроль за додержанням конституційних прав і свобод людини і громадянина, що має бути в пріоритеті Уповноваженого, та контроль за додержанням Конституції України та законів не є тотожними поняттями;

- запровадження нового виду парламентського контролю, який може вийти за межі контролю за додержанням конституційних прав і свобод людини і громадянина та потенційно може становити ризик надмірного втручання парламенту через уповноважених за додержанням Конституції України і законів у різні сфери суспільних відносин без дотримання балансу приватних і

публічних інтересів, зокрема у підприємницьку діяльність, у діяльність інститутів громадянського суспільства тощо, а отже, може призвести до порушення та обмеження прав і свобод людини і громадянина;

- зміни до статей 85 та 101 Конституції України не містять чіткого визначення предметної спрямованості здійснення нового виду парламентського контролю, оскільки з їх змісту незрозуміло, про які саме «окремі сфери» суспільного життя йдеться;

- можливе дублювання чи перебирання такими уповноваженими функцій і повноважень інших суб'єктів владних повноважень;

- звуження сфери діяльності та обмеження повноважень Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, що призведе до обмеження конституційного права кожного на звернення до нього [54].

Загалом можна погодитись з доводами Конституційного Суду України, окрім останньої тези, оскільки, як нами зазначалось, повноваження Уповноваженого Верховної Ради України є досить обширними. Тому обґрунтованою є позиція створення посади спеціалізованого Омбудсмена з охорони здоров'я, але в органах виконавчої влади. При цьому потрібно чітко окреслити повноваження парламентського омбудсмена, в прерогативі якого має бути контроль за додержанням Конституції України та законів, а також спеціалізованого омбудсмена, який би був суб'єктом реалізації прав та інтересів громадян у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи їх охорону та захист.

Пропонується, що Омбудсмен з охорони здоров'я – це посадова особа, на яку Кабінетом Міністрів України покладається виконання завдань із захисту прав у сфері охорони здоров'я.

Основними завданнями Омбудсмена з охорони здоров'я мають бути:

1) сприяння реалізації державної політики, що спрямована на забезпечення права людини на отримання якісної медичної допомоги;

- 2) здійснення заходів щодо додержання законодавства у сфері охорони здоров'я;
- 3) забезпечення дотримання державних програм медичних гарантій;
- 4) контроль якості надання населенню України необхідних медичних послуг і лікарських засобів;
- 5) сприяння виконанню Україною міжнародних зобов'язань щодо дотримання в Україні прав людини на охорону здоров'я.

Омбудсмен, серед іншого, має право:

- 1) розглядати скарги та перевіряти факти, викладені у скаргах;
- 2) отримувати від закладів охорони здоров'я та органів управління інформацію, зокрема з обмеженим доступом;
- 3) надавати рекомендації органам та закладам охорони здоров'я, повідомляти правоохоронні органи щодо виявлених фактів порушення законодавства;
- 4) безперешкодно відвідувати органи державної влади, органи місцевого самоврядування, медичні заклади всіх рівнів незалежно від форми власності;
- 5) представляти інтереси особи у суді тощо [256, с. 19].

Підсумовуючи, зазначимо, що діяльність Верховної Ради України та інших парламентських утворень є базовою та фундаментальною щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я та потребує постійного аналізу, адаптації її функціонування, організації діяльності, способів досягнення компромісу відповідно до змін у суспільстві та потреб часу. Наразі виклики, пов'язані з реформуванням медичної галузі є досить гучними та болючими не лише для медичних працівників, а й для всіх пересічних громадян. Тому законотворчий орган у своїй діяльності має враховувати інтереси всіх суб'єктів медичних правовідносин, визначати ключові пріоритети та планувати розвиток медичної галузі послідовно, чітко та обґрунтовано.

Що стосується діяльності Уповноваженого, то зазначимо, що значна кількість скарг, які надходять на розгляд, свідчать про високу ступінь довіри до цієї інституції. Форма та принципи співпраці з громадянами будуються на демократизмі, відкритості, гласності тощо. Уповноважений позиціонує себе як незалежна інституція, що діє відокремлено, не задіяна в політиці та не пов'язана будь-якими механізмами (фінансовими тощо) з іншими державними органами. Зважаючи на це, вважаємо досить цінною роль Уповноваженого в питаннях забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, проте в іншій правовій формі – Омбудсмена з охорони здоров'я.

### **3.2. Президент України та органи виконавчої влади як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Забезпечення конституційного права на охорону здоров'я та медичну допомогу є в пріоритеті державних органів різних гілок влади. Зокрема, ст. 49 Конституції України визначається, що «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування», «держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [168]. Особливо важливого значення ці питання набувають для Президента України, оскільки він є гарантом забезпечення основоположних прав громадян та формування внутрішньої політики держави, а також органів виконавчої влади, які безпосередньо забезпечують реалізацію державної політики в медичній галузі.

Відповідно до Основного Закону Президент України серед іншого є гарантом додержання прав і свобод людини і громадянина (ст. 102 Конституції України), присягає обстоювати права і свободи громадян (ст. 104 Конституції України) та наділений низкою повноважень, що стосуються також сфери



охорони здоров'я. Приміром, він може звертатися з посланнями до народу та з щорічними і позачерговими посланнями до Верховної Ради України щодо важливих питань внутрішньої/зовнішньої політики держави; приймає при потребі рішення про введення в Україні чи на окремих територіях надзвичайного стану, а також може оголосити за необхідності окремі місцевості зонами надзвичайної екологічної ситуації; підписує закони Верховної Ради України або ветоє їх тощо (ст. 106 Конституції України) [168].

Значний вплив має Президент України на формування державної політики у сфері охорони здоров'я в частині законотворення, про що згадувалося нами в попередньому підрозділі в контексті взаємодії Верховної Ради України з Президентом України.

Зокрема, в процесі законотворення Президент України прямо чи опосередковано бере участь у таких правових формах:

1) через щорічні та позачергові послання до Верховної Ради України доносить проблематику в певній сфері та орієнтує парламент на пріоритетність розгляду та прийняття законопроектів;

2) наділений правом законодавчої ініціативи, тобто може ініціювати прийняття саме тих законів, які є невідкладними для забезпечення права на охорону здоров'я;

3) підписує закони Верховної Ради України;

4) має право вето щодо прийнятих Верховною Радою України законів (крім законів про внесення змін до Конституції України) з наступним поверненням їх на повторний розгляд Верховної Ради України.

1) реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я;

2) можливість здійснення функції засновника щодо закладів охорони здоров'я, які належать до сфери управління, їх матеріально-фінансове забезпечення;

3) вживання заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробки прогнозів її розвитку, враховуючи їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку;

4) вживання заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації;

5) прийняття рішення щодо необхідності вжиття роботодавцями заходів з профілактики та запобігання поширенню епідемій і пандемій;

б) організація роботи медичних закладів з надання допомоги населенню.

1) місцеве самоврядування повинно базуватись на принципах субсидіарності та повсюдності;

2) значно розширено суб'єктний склад осіб, які б мали право брати участь у вирішенні важливих питань місцевого значення (приміром, фізичні особи зареєстровані на території громади, мають нерухоме майно, сплачують податки на цій території), а також розширені права дітей та молоді у цьому процесі;

3) власна компетенція органів місцевого самоврядування базового рівня, що відмежована від компетенції органів місцевого самоврядування інших рівнів чи органів виконавчої влади, що в свою чергу гарантує однаковість повноважень органів місцевого самоврядування на одному рівні;

4) допускаються делеговані повноваження, але із закріпленням таких в спеціальних законах;

5) розширено організаційні повноваження органів місцевого самоврядування, зокрема щодо визначення своєї структури;

б) адміністративний нагляд за відповідністю актів органів місцевого самоврядування Основному закону та іншим нормативно-правовим актам. Нововведенням є те, що передбачено виключно судовий порядок для скасування чи зупинення актів органів місцевого самоврядування.

Водночас Президент України наділений конституційними повноваженнями видавати укази і розпорядження на виконання Конституції і законів України, які є нормативно-правовими актами, й відповідно є обов'язковими до виконання.

Слід відмітити, що останнім часом Президент України невідкладно реагує на процеси, що відбуваються в медичній галузі, беручи активну роль в правотворчості. Так, він підписав Закон України «Про внесення змін до деяких законів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» № 587-IX, який Верховна Рада ухвалила на позачерговому засіданні 07.05.2020 № 587-IX [329]. Цей документ запроваджує чимало змін до законодавства, адаптуючи правові приписи до особливих умов та обмежень на період карантину. Характерним в плані визначення пріоритетів є Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо покращення здоров'я дітей» від 07.12.2019 № 894/2019 [418], в якому як нагальні окреслені питання охорони та захисту конституційного права дітей на безпечне для життя і здоров'я довкілля, здійснення дієвих профілактичних заходів для зміцнення здоров'я дітей. Таким, що є особливо важливим в плані національної безпеки та запобігання пандемії є інший Указ Президента України від 13.03.2020 № 87/2020 [434], яким вводяться невідкладні заходи запобігання та розповсюдження COVID-19 в Україні.

Деякі дослідники адміністративного права вважають, що адміністративно-правовий статус інституту Президента України має подвійний характер: по-перше, для галузі адміністративного права конституційні повноваження Президента України щодо гарантування державного суверенітету, територіальної цілісності України, дотримання Конституції, прав свобод людини та громадянина є вихідними положеннями, які мають розвиватися наукою адміністративного права та безпосередньо забезпечуватись органами й посадовими особами виконавчої влади та місцевого самоврядування; по-друге,

деякі повноваження Глави держави щодо формування органів виконавчої влади, контролю за їх діяльністю, забезпечення національної безпеки тощо дають підстави вважати, що інститут Президента в Україні законодавчо наділений функціями виконавчої влади [4, с. 90–91]. Утім попри очевидну наявність спільних рис слід підтримати позицію, що Президент України здійснює більше контролюючі та координуючі функції з метою впливу на стан функціонування органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Президент через функцію контролю опосередковано впливає на формування фінансових потоків в медичній галузі (щодо підготовки проекту Державного бюджету України, фінансування програм у сфері охорони здоров'я).

Неабияку роль в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я відведено органам виконавчої влади. У теорії права органи виконавчої влади розглядаються як частина державного апарату, що має власну структуру та штат службовців і в межах установленної компетенції здійснює на основі законів та з їх виконання, від свого імені й за дорученням народу України підзаконне адміністративно-правове регулювання (адміністрування) в галузях, сферах і секторах суспільних відносин [4, с. 92]. Відповідно до конституційно-правової моделі структурованості державних органів можна виділити три рівні органів виконавчої влади – вищі, центральні та місцеві.

Вищим органом виконавчої влади є Кабінет Міністрів України, правовий статус якого визначається Конституцією України, Законом України «Про Кабінет Міністрів України» від 27.02.2014 № 794-VII, Основами законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII та іншими нормативно-правовими актами.

Конституційні повноваження Кабінету Міністрів України виникають зі ст. 116, відповідно до якої окрім загальних повноважень щодо здійснення внутрішньої політики та виконання законів, Кабінет Міністрів України вживає заходів щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина; розробляє і

здійснює загальнодержавні програми, зокрема, соціального розвитку України; утворює, реорганізовує та ліквідує відповідно до закону міністерства та інші центральні органи виконавчої влади та здійснює інші заходи, що можуть бути спрямовані на реалізацію політики у сфері охорони здоров'я [168].

Більш деталізуються повноваження Кабінету Міністрів України Законом «Про Кабінет Міністрів України» від 27.02.2014 № 794-VII, зокрема п. 2 ст. 20 якого визначено повноваження серед іншого у сфері охорони здоров'я, основними напрямками спрямування яких можна виділити: розробка проектів законів та державних програм в сфері охорони здоров'я; забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; забезпечення матеріально-технічним ресурсами діяльності медичної галузі [410].

І вже досить конкретно повноваження Кабінету Міністрів України виключно для медичної галузі прописані в спеціальному законі – Основах законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII, де ст. 14 визначено, що Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [272].

Основним орієнтиром в діяльності вищого органу виконавчої влади є Програма діяльності Кабінету Міністрів України від 12.06.2020 № 471 [452]. Загальновідомо, що вагомим чинником успішної діяльності уряду є його співпраця з парламентом. Проте, на жаль, в Україні така співпраця налагоджена на низькому рівні. Тому досить часто можна спостерігати за конфліктом інтересів зазначених інституцій, взаємоблокуванням роботи та різним баченням вирішення політичних і правових питань. Правова процедура передбачає

затвердження програми діяльності уряду Верховної Ради України протягом одного місяця з дня його формування. Щоб програма вважалась схваленою, за неї повинні проголосувати більшість депутатів парламенту. Однак зазначена програма не знаходила підтримки депутатів, неодноразово поверталась на доопрацювання попри те, що був визначений короткостроковий і довгостроковий план дій по напрямках кожного міністерства. Детальний аналіз програми дозволяє дійти висновку про декларативність та формалізм більшості запланованих напрямів у сфері охорони здоров'я, як от: реформування медичної галузі та вдосконалення системи фінансування надання медичної допомоги; затвердження «дорожньої карти» запровадження медичного страхування; запровадження лікарського самоврядування та допуску до професійної діяльності; розбудова електронної системи охорони здоров'я; забезпечення гідних умов та рівня оплати праці, соціальних гарантій для медичних працівників тощо [452].

Як вже зазначалось, Кабінет Міністрів України є суб'єктом законодавчої ініціативи та бере участь, хоча й не дуже активну в процесі законотворення. Приміром, за час діяльності Верховної Ради України восьмого скликання із 141 законопроектів та проектів її постанов, що стосувалися медичної сфери, лише 10 були підготовлені Кабінетом Міністрів України [131]. Наразі у Верховній Раді України зареєстровано Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення прав та інтересів дітей, а також осіб, визнаних недієздатними, у сфері охорони здоров'я, ініціатором якого є Кабінет Міністрів України [455]. На підставі аналізу окреслених вище процесів слід вказати на недоліки взаємодії Кабінету Міністрів України з Верховною Радою України в частині визначення підходів формування державної політики у сфері охорони здоров'я та законотворчого процесу.

Щодо власних нормативно-правових актів, то Кабінет Міністрів України реалізує свої повноваження у формі постанов і розпоряджень. Основні з них, що

стосуються медичної галузі, приміром, Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [388], Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [90], Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [390], Постанова Кабінету Міністрів України від 24.04.2020 № 331 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та належної оплати праці медичних та інших працівників, які надають медичну допомогу таким пацієнтам» [417] та інші.

Також слід вказати на можливість Кабінету Міністрів України реалізовувати установчу функцію, що полягає у формуванні внутрішньої структури органів. Зокрема, для ефективного планування роботи в окремих сферах, підготовки нормативно-правових актів, координації дій та здійснення інших важливих повноважень відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 13.05.2020 № 396 «Про утворення урядових комітетів та затвердження їх посадового складу» [451], у складі Кабінету Міністрів України було утворено три урядові комітети, серед яких Урядовий комітет з питань цифрової трансформації, розвитку громад і територій, освіти, науки та інновацій, охорони здоров'я, економічної, фінансової і правової політики, правоохоронної діяльності, паливно-енергетичного комплексу та інфраструктури, куди увійшов міністр охорони здоров'я для реалізації функцій відповідного напрямку.

До того ж Кабінет Міністрів України для забезпечення здійснення своїх повноважень утворює Національну раду України з питань розвитку науки і технологій, тимчасові консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи.

Таким чином, з проаналізованих повноважень можна зробити висновок, що Кабінет Міністрів України спрямовує та координує роботу органів виконавчої влади, зокрема у сфері охорони здоров'я, слідкує за виконанням законів України та інших нормативно-правових актів, що є обов'язковими для виконання, контролює дотримання в процесі реалізації прав та свобод людини і громадянина, здійснює фінансово-ресурсне забезпечення галузі.

МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань тощо [388].

До структури МОЗ України входять: Директорат стратегічного планування та євроінтеграції; Директорат медичних послуг; Директорат громадського здоров'я; Фармацевтичний директорат; Директорат науки, інновацій, освіти та кадрів; Медичний директорат; Департамент з фінансово-економічних питань, бухгалтерського обліку та фінансової звітності; Департамент управління персоналом; Управління громадського здоров'я; Управління координації центрів реформ; Управління правового забезпечення; Управління аудиту та аналітики; Управління організаційного забезпечення роботи апарату; Управління ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги; Управління фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції; Управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; Управління організації роботи керівництва міністерства; Відділ з питань міжнародної діяльності та євроінтеграції; відділ забезпечення взаємодії з державними органами та громадськістю і соціального діалогу; Відділ інформаційних технологій, охорони праці та матеріально-технічного забезпечення; Сектор мобілізаційної роботи та цивільного захисту; Режимно-



секретний сектор; Сектор оцінки та усунення корупційних ризиків; Патронатна служба міністра; Служба державного секретаря [275].

Постановою Кабінету Міністрів України «Про деякі питання реформування державного управління» від 11.12.2019 № 1034 визначається можливість функціонування у складі апарату міністерства директоратів як самостійних структурних підрозділів, що утворюються для виконання завдань, пов'язаних із забезпеченням формування державної політики в одній або декількох сферах компетенції міністерства, координацією та моніторингом її реалізації, проведення аналізу та оцінки впливу її реалізації на заінтересовані сторони, а також інших завдань, крім тих, що пов'язані з виконанням функцій з надання адміністративних послуг, управління об'єктами державної власності або здійснення державного нагляду (контролю). Разом з тим у міністерствах можуть утворюватися департаменти, управління, відділи та сектори [357].

Вважаємо, що структура МОЗ України надмірно розширена, директорати, департаменти та інші структурні одиниці частково дублюють повноваження один одного (наприклад, Фармацевтичний директорат та Управління фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції; Управління організаційного забезпечення роботи апарату та Управління організації роботи керівництва міністерства тощо), що є фінансово необґрунтованим в нинішніх умовах. До того ж директорати і департаменти мають діяти як одна структура, розподіл на формування і реалізацію політики призводить наразі до того, що відсутня координація дій цих інституцій.

Повноваження МОЗ України визначаються п. 4 Положення, їх обсяг є досить обширним, тому вважаємо за необхідне здійснити певну систематизацію та класифікувати повноваження МОЗ України за різними характеристиками.

Відповідно до сфери реалізації повноважень міністерством можна виділити такі напрями: у сфері охорони здоров'я; у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; у сфері

створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів; у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу; у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення; у сфері впровадження електронної системи охорони здоров'я; у сфері технічного регулювання щодо медичних виробів, косметичної продукції, тютюнових виробів.

Залежно від функцій, на реалізацію яких спрямовуються повноваження:

- правотворчі (приміром, розробляє проекти законів та інших нормативно-правових актів з питань, що належать до його компетенції; здійснює нормативно-правове регулювання у сферах охорони здоров'я, у яких МОЗ України формує та реалізує державну політику);

- установчі (створює метрологічну службу МОЗ України; утворює, ліквідує, реорганізовує підприємства, установи та організації, зокрема заклади охорони здоров'я, затверджує їх положення (статути), в установленому порядку призначає на посаду та звільняє з посади їх керівників);

- контролюючі (контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги тощо);

- прогнозуючі (визначає перспективи та пріоритетні напрями розвитку сфер охорони здоров'я, у яких МОЗ України формує та реалізує державну політику; готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів

розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я);

- координуючі (організовує разом з Національною академією наук, Національною академією медичних наук конкурси для проведення наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки, здійснює запит для організації такого конкурсу Національним фондом досліджень; координує та здійснює методичне забезпечення діяльності структурних підрозділів місцевих держадміністрацій);

- профілактичні (організація заходів щодо поширення здорового способу життя серед населення та ін.).

Залежно від змісту повноваження можна поділити:

- забезпечення якісного рівня медичної допомоги (проводить клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги; ліцензування господарської діяльності з медичної практики; затверджує критерії та стандарти акредитації закладів охорони здоров'я; єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності);

- міжнародна політика (здійснює міжнародне співробітництво, забезпечує виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України з питань, що належать до компетенції МОЗ України;

- інформаційно-аналітичне забезпечення (веде та визначає порядок функціонування інформаційно-аналітичних систем, інформаційних ресурсів, електронних реєстрів та баз даних, які створюються, впроваджуються та ведуться у сферах охорони здоров'я);

- кадрові питання (сприяє працевлаштуванню випускників закладів вищої освіти; забезпечує організацію та формування кадрової політики).

Залежно від взаємодії з іншими суб'єктами медичної галузі:

- із закладами охорони здоров'я (забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я,

підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта);

- з органами державної влади (погоджує щорічні регіональні плани функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги в АР Крим, областях, мм. Києві та Севастополі);

- з іншими центральними органами виконавчої влади (здійснює організаційне керівництво судово-медичною і судово-психіатричною службами; здійснює керівництво службою медицини катастроф);

- з громадськістю (здійснює розгляд звернень громадян з питань, пов'язаних з діяльністю МОЗ України, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління) [388].

Аналізуючи повноваження МОЗ України та його структурних підрозділів можна відмітити потребу в оптимізації системи, функцій, компетенції та повноважень її структурних одиниць.

Наприклад, зацентрувавши увагу на контролюючих суб'єктах у сфері охорони здоров'я, зауважимо, що на кожного з них покладаються повноваження щодо контролю та нагляду, об'єкт яких є спільним, проте різнитися може предмет контролю або різні аспекти його прояву.

На підставі вивчення різних підходів і трактувань функцій контролю і нагляду зауважимо, що деякі науковці висловлюють спільну думку щодо потреби існування єдиного органу, уповноваженого здійснювати загальну функцію контролю в цій сфері. Такий підхід буде сприяти підсиленню незалежності цього органу та допоможе вилучити надмірні контрольні повноваження в інших органів державної влади, що не є основою їх діяльності. Так, О. В. Ліфінцев зазначає, що оскільки більшість питань у сфері охорони здоров'я мають характер стандартів, цей орган може отримати назву «Національне агентство із забезпечення стандартів у сфері охорони здоров'я» і статус постійно діючого колегіального органу, на який буде покладено основні

завдання зі здійснення контролю й нагляду за дотриманням законодавства (державних стандартів, критеріїв, вимог тощо) [204, с. 157]. Подібні пропозиції вносяться й О. Ф. Андрійко. Зокрема, пропонується створити орган державного контролю на рівні центральних органів виконавчої влади, який би був наділений спеціальним статусом, адже такий підхід дозволить здійснювати регулювання та координацію діяльності всіх контролюючих органів у сфері виконавчої влади, зокрема й центральних органів виконавчої влади з надвідомчими контрольними повноваженнями, та органів, що здійснюють відомчий контроль або контроль у конкретній сфері [14, с. 36].

Законодавство дає можливість МОЗ України утворювати колегію для узгодження та вирішення профільних питань міністерства. Також в положенні про міністерство передбачено, що у МОЗ України за потреби можуть створюватися інші постійні чи тимчасові допоміжні органи консультативного або дорадчого характеру для консультування чи надання наукових обґрунтувань з проблемних питань. Приміром, 02.07.2020 при МОЗ України було створено Медичну раду, яка відповідно до положення визначається як колегіальний дорадчий орган, метою якого є надання фахових пропозицій у сфері охорони здоров'я. Аналізуючи закріплені за Медичною радою повноваження, можна дійти висновку, що пріоритетним спрямуванням діяльності ради є реформування галузі, оскільки це питання є надзвичайно актуальним в контексті відтермінування другого етапу медичних реформ та потреби формування вектору подальшого реформування. Тож, Медична рада відповідно до покладених на неї завдань у межах компетенції та відповідно до чинного законодавства: координує впровадження МОЗ України реформ у сфері охорони здоров'я; на підставі аналізу пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я та результатів наукових досліджень надає відповідні обґрунтовані пропозиції; надає пропозиції та рекомендації щодо актуалізації заходів із впровадження реформ, строків їх здійснення і механізмів проведення реформ у

сфері охорони здоров'я; надає рекомендації щодо програми державних гарантій медичного обслуговування населення; проводить моніторинг та аналіз стану здійснення МОЗ України заходів у сфері охорони здоров'я; бере участь у плануванні та проведенні моніторингу міжнародної допомоги, залученої для підтримки реформ; інформує громадськість про свою діяльність на офіційному веб-сайті МОЗ України та в інший прийнятний спосіб [303].

Іншим консультаційно-дорадчим органом при МОЗ України є Клініко-експертна комісія, що відповідно до Положення визначається як діючий на постійній або тимчасовій основі орган, що утворюється для колегіального розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування за конкретними випадками у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, а також фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність у сфері охорони здоров'я у відповідній адміністративно-територіальній одиниці України [302]. Діяльність таких комісій як на державному, так і на регіональному рівнях має сприяти забезпеченню населення якісною медичною допомогою, оскільки першочерговим завданням фахівців клініко-експертних комісій є оцінка якості лікування, а якщо будуть виявлені певні порушення в медичній діяльності, висновок експерта може бути підставою для звернення за судовим захистом. Загалом оцінюємо як позитивну та необхідну діяльність таких комісій, що сприяє оцінці та об'єктивним висновкам в медичних спорах. Однак слід вказати й на непоодинокі недоліки в їх діяльності (йдеться про безпідставну відмову у видачі висновку, делегуванні повноважень іншим органам, випадки протиправності висновку, якщо це підтверджено судовим рішенням тощо) [478].

Головною формою правового реагування МОЗ України є його акти, зокрема накази та затвержені ними певні правила, стандарти, положення,

інструкції та інше нормування. З. С. Гладун вказує, що за своїм змістом наказ може мати як нормативний, так і індивідуальний характер, а в деяких випадках – змішаний (коли в одному наказі містяться норми, що мають і нормативний, і індивідуальний характер) [63, с. 137]. Залежно від кола суб'єктів, на яких поширюється дія підзаконного нормативно-правового акта, можна відносити його до одного з видів та визначати юридичне значення. Приміром, надвідомчий характер мають затверджені наказами МОЗ України інструкції, порядки, правила тощо у сфері епідеміологічного контролю та нагляду, запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб. Такі приписи є обов'язковими для всіх суб'єктів, а не лише для учасників медичних правовідносин. Приміром, Порядок проведення епідеміологічного нагляду за кором, краснухою та синдромом вродженої краснухи (Наказ МОЗ України від 23.04.2019 № 954) [311]. Індивідуальні нормативно-правові акти спрямовані на врегулювання діяльності конкретних медичних служб, які займаються лікуванням окремих захворювань, наприклад, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та ін. (Наказ МОЗ України від 03.07.2020 № 1515 «Про Розподіл лікарських засобів для лікування онкологічних хворих, закуплених за кошти Державного бюджету України на 2019 рік» [435]).

Окремо слід зупинитися на інших центральних органах виконавчої влади, в структуру яких входять медичні заклади, проте сфера охорони здоров'я не є основним фокусом їх діяльності. Передусім, йдеться про Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України, Службу безпеки України, Державне управління справами тощо, в складі яких функціонує так звана відомча медицина, відношення до якої є доволі дискусійним.

Варто зазначити, що певні фахівці узагалі заперечують доцільність існування відомчої медицини як такої. Так, колишній міністр охорони здоров'я України О. Квіташвілі стверджував, що «водники, академіки, залізничники або шахтарі, які мають свої лікарні, – такі ж люди, як ми з вами. Можливо,

специфіка роботи цих установ трохи інша. Можливо, там трохи інша специфіка захворювань, проте загалом люди такі ж, як і ми, з тією ж статурою і набором захворювань. Неможливо, щоб в країні паралельно існували чотири або п'ять систем охорони здоров'я, які працюють по-різному. Природно, всю цю систему з відомчими лікарнями можна зберегти в тому вигляді, в якому вона є. Однак вони повинні працювати за тим же принципом, що і решта лікарень. Єдине, виходячи з того, що в країні війна, я б зробив виняток для військової системи охорони здоров'я, силових структур. Там і система працює по-іншому, і зовсім інша специфіка реакцій на кризові випадки» [139]. Вважає такий підхід справедливим, об'єктивним та поміркованим Б. О. Логвиненко, наголошуючи на необхідності розробити низку заходів, спрямованих на збереження високих показників медичного забезпечення відомчих закладів [209, с. 114].

О. Л. Сіделковський у руслі досліджуваного питання зазначає, що багато відомств (Міноборони, МВС, Укрзалізниця тощо) мають свої лікувально-профілактичні заклади саме на місцевому рівні. Це зумовлює, серед іншого, можливість їх активного залучення у межах єдиного медичного простору до надання медичної допомоги місцевим жителям, котрі до того могли отримувати медичну допомогу лише у відповідних комунальних закладах. Серед інших позитивів це також забезпечить фактичну реалізацію права на вибір лікаря [495, с. 171]. Загалом, поділяючи думку дослідників з цього питання, вважаємо, що управління відомчими медичними закладами потребує упорядкування. Насамперед важливим моментом є те, що такі суб'єкти не можуть бути відокремленими, а обов'язково повинні діяти в єдиному медичному просторі. Тому питання взаємодії МОЗ України з органами управління відомчими структурами медицини має бути в пріоритеті. На наш погляд, наявні відомчі медичні заклади потрібно перевести в загальну систему медичних закладів, залишивши тільки відомчу медицину окремих силових структур. При цьому підпорядкування таких медичних установ має бути подвійне – по профілю



міністерства та по медичній частині, оскільки нормативно-правові акти, що стосуються відомчої медицини, повинні синхронізуватись з іншим правовим регулюванням медичної галузі та мають бути в руслі загальнодержавної політики у сфері охорони здоров'я.

Ще одним центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я є Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (далі – Держлікслужба), що діє на підставі Положення від 12.08.2015 № 647 [301], відповідно до якого цей орган реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Основними завданнями Держлікслужби є: реалізація державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також внесення Міністрові охорони здоров'я пропозицій щодо формування державної політики у зазначених сферах; ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; технічне регулювання у визначених сферах; здійснення державного регулювання і контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та протидії їх незаконному обігу [301]. Діяльність в цьому напрямі є надзвичайно актуальною, оскільки за даними Звіту Держлікслужби за 2019 рік встановлено 2453 порушення вимог законодавства щодо якості лікарських засобів під час планових заходів ліцензіатів фармацевтичної практики [126], і це дані лише з одного сектору підконтрольних

об'єктів. Слід зазначити, що вказана служба в нинішній структурі та з відповідним обсягом повноважень є результатом злиття Державної служби з лікарських засобів та Державної служби з контролю за наркотиками у 2014 році з метою оптимізації системи центральних органів виконавчої влади.

Окремо слід зупинитися на такому важливому державному органі у сфері фінансового забезпечення медичної діяльності, як Національна служба здоров'я України. Положенням про службу від 27.12.2017 № 1101 [305] визначається, що Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Вказана служба була створена у 2018 році для реалізації основних ідей медичної реформи, що зацентровані на пацієнті як ключовій фігурі в медичній галузі, надання йому можливостей обирати суб'єкта надання медичної допомоги, а останній зі свого боку отримує фінансування від держави за надання якісної медичної допомоги і, відповідно, більше фінансової свободи і можливостей розпоряджатися наявними ресурсами.

На Національну службу здоров'я покладені такі завдання:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);
- 2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [63].

НСЗУ є стратегічним закупівельником медичних послуг, для чого встановлює відповідність між потребами громадян та медичними закладами –

надавачами послуг, перевіряючи їх на предмет якості та безпечності медичної допомоги, що надається. Для цього постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [372] визначаються чіткі вимоги до суб'єктів – надавачів медичних послуг, яким вони мають відповідати для отримання бюджетних видатків. Окрім того НСЗУ уповноважена здійснювати різні види моніторингу інформації про надавачів послуг, зокрема: автоматичний, що полягає в аналізі поданих даних; фактичний, що здійснюється під час фактичних виїздів служби в медичні заклади та ін.

Цікавим моментом, на який звертає увагу С. В. Скріпкін, є те, що у Вимогах до надавача послуг медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, що затвержені означеною постановою, серед інших, є реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) або як фізичної особи-підприємця. Це означає, що державні та комунальні установи не можуть укладати договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та, як наслідок, отримання ними коштів за цією програмою є неможливим [499, с. 66–67]. Тому заклади комунальної або державної форми власності мають змогу укласти договір з НСЗУ тільки у статусі комунального некомерційного або казенного підприємства [249, с. 99].

Особливим регулятором та дієвою формою контролю медичних закладів є укладання з ними прямих договорів, що регулюється постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», якою затверджено Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, а також Типову

форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [95].

Для того, щоб договір було укладено, повинні бути виконані такі умови: обов'язковою є забезпеченість закладу медичним персоналом та обладнанням; наявність комп'ютерного забезпечення та всіх необхідних ліцензій і дозволів для надання послуг; заклад має бути автономізованим та підключеним до електронної системи охорони здоров'я.

Згідно з укладеними договорами відбувається фінансування медичних закладів НСЗУ, що зазвичай є основною частиною їх доходів. Водночас іншими джерелами фінансових надходжень медичних закладів можуть бути місцеві бюджети через регіональні програми, платні послуги, залучення грантів.

Слід зазначити, що в Законі України «Про державний бюджет України на 2020 рік» фінансування медичної галузі було закладено у обсязі 113 млрд грн, що на 13 % більше ніж бюджет охорони здоров'я у 2019 році. Зокрема, на Програму медичних гарантій, яку реалізує НСЗУ, виділено 72 млрд грн, що складає 64 % від бюджету на всю медичну галузь [50]. Значна частина цих коштів (44,4 млрд грн) передбачалась на трансформацію спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Однак стан у сфері охорони здоров'я у зв'язку з пандемією як на національному, так і на світовому рівні вніс свої корективи, що спрямовані на перегляд основних напрямів реформи із збереженням кращих напрацювань.

Згідно з меморандумом, що підписала Україна з МВФ, трансформацію системи охорони здоров'я у нашій країні буде продовжено в 2020 році шляхом поширення нового способу фінансування на вторинну спеціалізовану допомогу. А НСЗУ і далі буде стежити за наданням послуг та фінансовими показниками медичних установ. Перетворення лікарень на некомерційні підприємства в муніципальній власності продовжиться. Їх фінансування буде йти строго за договорами з НСЗУ. Також у меморандумі йдеться про те, що для того, щоб

закупівлі НСЗУ якнайкраще забезпечували потреби пацієнтів, прийняття рішень НСЗУ буде прозоро захищене від конфлікту інтересів, зокрема, заборонаю участі постачальників послуг в управлінських структурах НСЗУ [510].

Досить часто серед науковців та практиків точаться дискусії з приводу самостійності та прозорості статусу НСЗУ. Найчастіше аргументом критиків створення та діяльності нового органу було те, що немає потреби в окремому органі, оскільки з фінансовою функцією могло справлятися й МОЗ України. Протилежна позиція на користь окремого розподільчого фінансового органу в сфері охорони здоров'я базувалась на досвіді зарубіжних країн, в яких закупівельниками медичних послуг були окремі саморегульовані установи. Тому першопочатково розглядався варіант створення державного підприємства з окремим статусом, незалежного від державних відомств. Проте, реального втілення ідеї не відбулося, оскільки фінансове законодавство передбачає, що головним розпорядником бюджетних коштів може бути виключно орган державної влади. І попри те, що відносно самостійність і імунітет від впливу з боку профільного міністерства та Кабінету Міністрів України гарантує в певній мірі законодавство щодо автономізації закладів охорони здоров'я, роблячи акцент на незалежності медичних установ, все ж цей аргумент не є достатньо дієвим і насправді не убезпечує від сторонніх впливів та ризиків.

Відповідно до конституційно-правової моделі побудови органів влади третій рівень займають місцеві органи, до яких відносяться місцеві державні адміністрації на рівні областей та районів, міст Києва та Севастополя. Їх діяльність регулюється Законом України «Про місцеві державні адміністрації» від 09.04.1999 № 586-XIV [416], відповідно до ст. 22 якого можна виокремити такі повноваження місцевих державних адміністрацій у сфері забезпечення охорони здоров'я на місцях:

Отже, місцеві державні адміністрації – це органи виконавчої влади, які здійснюють виконавчу владу на території відповідної адміністративно-

територіальної одиниці, а також реалізують повноваження, делеговані їм відповідною радою з метою забезпечення прав і свобод людини та громадянина, нормального функціонування громадянського суспільства [4, с. 100].

Н. В. Шевчук обґрунтувала доцільність класифікації суб'єктів публічного управління охороною здоров'я на регіональному рівні, відповідно до якої виокремлюються:

а) суб'єкти публічного управління обласного рівня: суб'єкти міжгалузевої компетенції (обласна рада, обласна державна адміністрація); суб'єкти галузевої компетенції (департамент, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, обласна лікарня);

б) суб'єкти публічного управління районного рівня: суб'єкти міжгалузевої компетенції (районна рада, районна державна адміністрація, сільські, селищні, міські ради на території району); суб'єкти галузевої компетенції (управління, відділи, сектори охорони здоров'я районної державної адміністрації, районна лікарня, центр первинної медико-санітарної допомоги) [575, с. 9].

Наразі в Україні при обласних державних адміністраціях функціонують 24 департаменти (або управління) охорони здоров'я. З-поміж інших повноважень досить важливою є можливість реалізації державної політики з урахуванням потреб регіону завдяки виконанню регіональних програм в галузі охорони здоров'я. Приміром, діяльність Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації протягом попередніх років була спрямована на реалізацію таких програм: Комплексна програма підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2017-2020 роки, Комплексна програма надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2017-2020 роки, Регіональна програма інформатизації «Електронна Львівщина» на 2018-2020 роки [84].

Узагальнюючи діяльність Президента України та органів виконавчої влади в процесі забезпечення реалізації прав громадян на охорону здоров'я,

зазначимо, що державне регулювання повинно чітко відмежовуватись та закріплюватись за державними органами відповідно до їх компетенції. Важливого значення набуває здійснення державної політики у сфері охорони здоров'я не лише центральними органами виконавчої влади, а й місцевими органами державної влади в контексті посилення децентралізаційних процесів.

Водночас слід позначити можливі стратегії державного регулювання, які складаються з декількох чинників: ведення контролю, саморегулювання і процесу примусу; встановлення режимів стимулювання за допомогою податків та субсидій; застосування ринкових механізмів регулювання конкуренції; вживання заходів з регулювання відкритості; облік прямих дій уряду і прийняття до уваги юридичних прав та обов'язків при виконанні програм державної компенсації й соціального страхування [135, с. 30].

Аналіз повноважень розглядуваних суб'єктів дає підстави для висновку, що у сфері охорони здоров'я Президент України здебільшого бере участь у формуванні державної політики через законотворення, а також здійснює контролюючі та координуючі функції з метою впливу на стан функціонування органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Кабінет Міністрів України спрямовує та координує роботу органів виконавчої влади, зокрема у сфері охорони здоров'я, слідкує за виконанням законів України та інших нормативно-правових актів, що є обов'язковими для виконання, контролює дотримання в процесі реалізації прав та свобод людини і громадянина, здійснює фінансово-ресурсне забезпечення галузі. Проте, що стосується діяльності органів виконавчої влади змішаної компетенції, то нами були виявлені певні недоліки взаємодії уряду з парламентом, відсутність спільного бачення вирішення проблем та компромісів, що негативно впливає на результативність роботи. Варто відзначити надмірно розширену структуру профільного МОЗ України, разом з тим директори, департаменти та інші структурні одиниці частково дублюють повноваження один одного, що є фінансово необґрунтованим в

нинішніх умовах. До того ж директори і департаменти повинні діяти як одна структура, а розподіл повноважень, пов'язаних з формуванням і реалізацією політики призводить наразі до відсутності скоординованих дій цих інституцій.

### **3.3. Органи місцевого самоврядування як суб'єкти забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Органи місцевого самоврядування відіграють особливу роль в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я на місцевому рівні, оскільки є найбільш наближеними до населення, що проживає на певній території – області, району, міста, селища, села, і, відповідно, повинні бути найбільш відповідальними за здоров'я територіальної громади та якісне надання медичних послуг. Можна говорити про те, що проблеми, які піднімаються органами місцевого самоврядування, є реальним відображенням ситуації медичної галузі в країні.

Особливого значення набуває забезпечення реалізації права на охорону здоров'я на місцях в умовах децентралізації галузі та делегування державою ключових повноважень, зокрема й у сфері охорони здоров'я, муніципальній владі. При цьому важливим завданням є застосування комплексного підходу та визначення чітких меж взаємодії державних органів і органів місцевого самоврядування, оскільки останні, маючи самостійний статус, повинні реалізовувати регіональну політику в руслі загальної національної стратегії розвитку медичної галузі [254, с. 182]. Місцеве самоврядування слід розглядати як недержавний інститут, що здійснює управління, а тому процеси, які відбуваються в медичній галузі і є наслідком дій державних органів влади, повинні відбуватись у співпраці з діяльністю органів місцевого самоврядування.



Слід зазначити, що місцеве самоврядування здійснюється територіальними громадами сіл, селищ, міст як безпосередньо, так і через сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також через районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст [415].

У деяких країнах терміни «міське самоврядування» та «міська муніципальна влада», «міське врядування» чи «міське урядування» вживаються як самостійні або взаємозамінні поняття. Незважаючи на те, що місцеві органи влади мають різні форми в різних країнах, концепції місцевої влади є диференційованими. Міське адміністрування можуть здійснювати не лише органи місцевого врядування (наприклад, муніципалітети), а й місцеві органи державної адміністрації. Перші безпосередньо обираються місцевим населенням і мають широку автономію, тоді як другі діють як агенти вищих органів влади, а їх посадові особи призначаються цими органами та підзвітні їм. Отже, місцеве самоврядування ґрунтується на принципі децентралізації, а міська державна адміністрація базується на принципі деконцентрації. Ступінь самоврядування, який мають місцеві органи влади, можна розглядати як показник і ключовий елемент справжньої демократії. У цьому відношенні політична, фінансова та адміністративна децентралізація має важливе значення для локалізації демократії та прав людини [568, с. 112].

Теоретиками адміністративного права виділяються такі характерні риси місцевого самоврядування:

- займають особливе місце в механізмі управління суспільством, державою, будучи специфічною формою публічної влади, яка не є складовою механізму державної влади;
- місцеве самоврядування займається питаннями місцевого значення, перелік яких вирішується законодавством;

- одним зі специфічних суб'єктів місцевого самоврядування є територіальна громада;

- самостійність місцевого самоврядування, що виявляється в організаційній і матеріально-фінансовій відокремленості, самостійному вирішенні місцевих справ у межах компетенції, закріпленої законодавством, самостійній відповідальності органів і посадових осіб місцевого самоврядування [4, с. 102].

Розділ XI Конституції України визначає правовий статус органів місцевого самоврядування. Утім слід визнати, що наразі є певна неузгодженість положень Основного закону з реформаційними процесами, які відбуваються в питаннях децентралізації. Тому вже подавались три версії законопроектів для усунення цієї прогалини, але кожен з них піддавався значній критиці і не отримав підтримки, оскільки містив значні недоліки, зокрема, що стосувалися недосконало прописаних повноважень суб'єктів (посадовців, альтернативних до голів ОДА, які б відповідали за координацію процесів в громадах), неоднозначності у стратегічних питаннях тощо. Найбільш обговорюваним є президентський Проект Закону «Про внесення змін до Конституції України (щодо децентралізації влади)», що був поданий до Верховної Ради України 13.12.2019 року і визначений Президентом як невідкладний, хоча в подальшому він був відкликаний, оскільки викликав чимало зауважень.

Концепція державної регіональної політики в галузі охорони здоров'я з метою підвищення ефективності управління галуззю передбачає вдосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування [278, с. 3].

Повноваження органів місцевого самоврядування визначаються Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР [415] та поділяються на дві групи: власні (самоврядні) та делеговані.

Власні (самоврядні) повноваження в сфері охорони здоров'я є наступними: управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я [415].

Під делегованими повноваженнями слід розуміти повноваження органів виконавчої влади, надані органам місцевого самоврядування законом, а також повноваження органів місцевого самоврядування, які передаються відповідним місцевим державним адміністраціям за рішенням районних, обласних рад. До них законодавчо віднесені: забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення відповідно до закону розвитку медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [415]. Відповідно до бюджетного законодавства делегування повноважень повинно відбуватись разом з фінансовими надходженнями від податків, зборів, інших обов'язкових платежів до відповідних бюджетів. Причиною впровадження механізму делегування повноважень є те, що воно має наслідком реалізацію повноважень більш обізнаними та компетентними суб'єктами, які здатні використовувати ширші інформаційні, людські та часові ресурси [4, с. 87].

Також ч. 7 ст. 14 Основ законодавства про охорону здоров'я визначено, що виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення, а оновлена ст. 16 Основ свідчить, що органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я самостійно з урахуванням плану розвитку госпітального округу [272].

Характеристика повноважень органів місцевого самоврядування може ґрунтуватись на загальних теоретичних підходах до їх розмежувань залежно від здійснюваних ними функцій.

При розмежуванні повноважень між органами державної влади та місцевого самоврядування в умовах децентралізації особливого значення набуває фінансова функція.

Кардинальні зміни в підході до фінансового забезпечення медичної галузі були започатковані ще в 2016 році Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я. Планувалось, що органи місцевого самоврядування отримають можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету (у разі рішення відповідних громад) на управління та розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема на придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки. Крім того, місцева влада зможе витратити кошти місцевих бюджетів на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на даний час не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги (тобто розвиток медичного обслуговування) [442]. Слід зазначити, що відповідно до зазначеної Концепції на 2020 рік припадає заключний етап реформи – етап інтеграції, що передбачає повноцінне функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в масштабі всієї країни. Проте, епідеміологічна

ситуація у світі та в Україні внесла свої корективи і потребу перерозподілу фінансових потоків. Саме з цією метою було створено Стабілізаційний фонд у розмірі 64,7 млрд грн.

У контексті зазначеного спірним є питання можливої передачі повноважень епідеміологічного нагляду, моніторингу, забезпечення реагування на небезпечні чинники та надзвичайні ситуації органам місцевого самоврядування, що може бути реалізовано в разі затвердження проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації перехідного періоду децентралізації окремих функцій у сфері громадського здоров'я». Цим проектом передбачається передати фінансування функцій здійснення епідеміологічного нагляду (спостереження), моніторингу та утримання цілісних майнових комплексів обласних лабораторних центрів МОЗ України з державного бюджету до бюджетів обласних рад [94]. Вважаємо, що саме повноваження, які пов'язані з епідеміологічною ситуацією в країні є надзвичайно важливими, потребують швидкого реагування та миттєвих дієвих заходів і мають бути зосереджені на державному, а не місцевому рівні. Тому доцільно зберегти державне бюджетне фінансування цього напрямку.

Ще одним проблемним питанням фінансування медичної галузі, що покладає додатковий тягар на органи місцевого самоврядування, є ситуація, що склалася після скасування з 01.04.2019 фінансування так званих «червоних списків» з Державного бюджету, тобто громадян, які не заключили декларацію про надання медичної допомоги. Відповідно, в органів місцевого самоврядування виник обов'язок фінансувати медичну допомогу таким громадянам з місцевих бюджетів. Підґрунтям такого обов'язку є п. 1 частини «б» ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», в якому органи місцевого самоврядування зобов'язуються забезпечити доступність та безоплатність медичного обслуговування на відповідній території [415]. Однак оскільки це повноваження є делегованим, то відповідно до зазначеного закону

держава зобов'язана профінансувати діяльність місцевого самоврядування в даному напрямі. Очевидно, що в цьому питанні є певна неврегульованість та невідповідність законодавства і, як наслідок, невиконання зобов'язань держави та порушення прав органів місцевого самоврядування.

Водночас проблемою місцевого самоврядування є ситуація, коли причиною нереалізованих ініціатив є не відсутність ресурсів, а неможливість їх дієво застосувати через брак досвіду, неспроможність підготовки проектних заявок та інших розробок, презентування всім зацікавленим сторонам інвестиційних та інших проектів. Є реальні приклади, коли місцеві органи мали на рахунках значні кошти для медичної галузі, але через невміння ними розпорядитися, ці кошти були спрямовані на депозит. Тому навички управління, менеджера, фінансиста для залучення фінансових ресурсів з різних джерел та їх спрямування в потрібне русло залишаються важливим чинником для втілення ініціатив, які б сприяли розвитку медичної галузі. Наразі досить важливим є питання якісних кадрів, які розуміються на управлінні фінансами на місцях. Для цього з бюджету громад мають спрямовуватися кошти на підготовку фахівців, які будуть розробляти план розвитку територіальної громади, розподіляти бюджет та управляти податковим надходженнями.

Як наслідок змін у повноваженнях органів місцевого самоврядування, суттєво змінилися навчальні потреби їх працівників. Серед найбільш актуальних потреб у розвитку «твердих» компетентностей, без яких не можливо забезпечити виконання повноважень органів місцевого самоврядування: стратегічне планування; проектний менеджмент (проектний підхід до всіх процесів управління); інструменти взаємодії з різними стейкхолдерами; правова грамотність; фінансовий менеджмент; адміністративні послуги; управління комунальною власністю; енергоефективність та енергоменеджмент; організація надання житлово-комунальних послуг; залучення інвестицій та інших альтернативних джерел фінансування для місцевого розвитку; застосування

електронного урядування та е-демократії в управлінській діяльності; управління людськими ресурсами; управління в охороні здоров'я; управління в освіті; управління культурою. Значно зросла потреба працівників органів місцевого самоврядування в розвитку «м'яких» компетентностей, які не мають однозначної прив'язки до конкретної професії, а є певною мірою наскрізними: лідерство; управління змінами; командна робота; комунікабельність; етика; самовдосконалення; стресостійкість [18, с. 7].

Оскільки органи місцевого самоврядування отримують в своє розпорядження все більше повноважень та ресурсів для їх реалізації, відповідно посилюється потреба залучення громадян в фінансові процеси для здійснення ефективного громадського контролю та з метою посилення частки «активних» громадян, які б могли брати участь у формуванні та реалізації політики в сфері охорони здоров'я на місцях. Для цього відповідно до підп. 2 п. 2 розділу IV Плану заходів з реалізації Стратегії реформування системи управління державними фінансами на 2017–2020 роки [384] Мінфін затвердив Методичні рекомендації щодо механізмів участі громадськості у бюджетному процесі на місцевому рівні, і хоча вони є інформаційно-роз'яснювального характеру, проте містять дієві рекомендації для забезпечення участі громадськості під час формування і реалізації бюджетної політики та в процесі вирішення питань місцевого значення, здійснення контролю з боку громадськості за діяльністю органів місцевого самоврядування, врахування думки територіальної громади під час формування та реалізації бюджетної політики, зокрема й у сфері охорони здоров'я.

Слід відмітити, що незважаючи на надані законодавством можливості участі громадян у вирішенні питань (збори громадян, петиції, створення органів самоорганізації населення), що стосуються життя громади, взаємодія органів місцевого самоврядування та жителів окремих територій досить часто відбувається умовно або взагалі не відбувається. Такий стан речей є вкрай

негативним показником і вказує в більшій мірі на небажання з боку органів місцевого самоврядування прислуховуватися та враховувати думку громади. Тож для досягнення високих результатів від своєї діяльності органи місцевого самоврядування повинні активізувати громадян, залучати їх до прийняття рішень. Лише в тому разі, коли громада буде бачити, що їх думка враховується і уповноважені органи працюють заради їх інтересів, будуть позитивно сприйматися й інші ініціативи органа місцевого самоврядування.

Ю. А. Козаченко вказує на потребу врегулювати саме бюджетно-податкові відносини між центральними органами влади та органами місцевого самоврядування, стимулювати вплив місцевих громад через органи місцевого самоврядування, зокрема на діяльність закладів охорони здоров'я. Тоді реформування місцевого самоврядування дасть змогу досягти стійкого економічного ефекту, посилити ефективність управління сферою охорони здоров'я та суспільним розвитком загалом [154, с. 92].

Стосовно фінансової функції органів місцевого самоврядування, то можна підсумувати, що політика держави в цьому контексті не завжди послідовна, досить часто вносяться зміни, які суттєво впливають на рівень фінансового забезпечення повноважень місцевого самоврядування.

Реалізація повноважень, пов'язаних з функцією контролю, безпосередньо покладається на виконавчі органи сільських, селищних, міських рад та створені ними управління чи відділи. Контрольна функція може реалізовуватись ними в межах таких повноважень, як забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування; забезпечення розвитку медичного обслуговування, мережі лікувальних закладів усіх форм власності; забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення тощо. Особливостями такого контролю є те, що він здійснюється у формі моніторингу певної діяльності, спостереження, аналізу отриманих результатів з метою визначення реалізованості регіональних програм у сфері охорони



здоров'я, ефективності управління медичними закладами, а також визначення подальших стратегій. О. В. Ліфінцев вказує на такий недолік: чинне законодавство недостатньо повно регламентує саме контрольні повноваження вказаних органів у цій сфері. Тому доволі актуальним є питання надання органам місцевого самоврядування (їх виконавчим органам) належних повноважень здійснювати власний контроль у сфері охорони здоров'я [204, с. 75].

Соціально-захисна функція органів місцевого самоврядування може проявлятися в різних сферах життя громадян, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Реалізація цієї функції є індикатором ефективності політики в галузі, оскільки забезпечення потреб в медичній сфері кожного окремого індивіда є, здебільшого, метою діяльності органів у сфері охорони здоров'я.

Головними оціночними поняттями соціального спрямування медичних послуг є їх якість та доступність для населення, що й має бути забезпечено місцевими органами. Якість медичних послуг включає матеріально-технічну базу медичних закладів, кваліфікований персонал, інноваційні технології лікування, дотримання стандартів медичної галузі, етико-медичні характеристики ставлення медичних працівників до пацієнтів. Доступність наразі забезпечується можливістю для громадян обирати ту медичну послугу, яка відповідає їх потребам і яку вважають якісною. Зокрема, О.М. Соловйова вважає, що доступність медичної допомоги проявляється у: 1) закріпленні на законодавчому рівні права на охорону здоров'я та медичну допомогу; 2) організації надання медичної допомоги за принципом наближеності до місця проживання, місця роботи або навчання; 3) наявності необхідної кількості медичних працівників з належним рівнем кваліфікації; 4) закріпленні права вибору медичної організації і лікаря; 5) наданні державою гарантованого обсягу медичної допомоги; 6) освіченості та інформованості населення з питань доступності медичної допомоги [507, с. 112]. Надавачами послуг можуть бути

як комунальні заклади охорони здоров'я, так і приватні заклади чи лікарі індивідуальної практики. До того ж реформа повинна посилити доступність первинної медичної допомоги для віддалених територій проживання територіальної громади. Орган місцевого самоврядування є інстанцією, що має гарантувати дотримання зазначених вимог надавачем медичних послуг по відношенню до споживача, охороняти та захищати права своєї громади у сфері охорони здоров'я.

Регулятивна функція органів місцевого самоврядування знаходить свій прояв в окремих нормах Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», відповідно до підп. 22 ст. 26 якого до виключної компетенції сільських, селищних, міських рад віднесено затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, цільових програм з інших питань місцевого самоврядування, а підп. 45 цієї ж статті закріплено повноваження щодо прийняття у межах, визначених законом, рішень з питань боротьби зі стихійним лихом, епідеміями, епізоотіями, за порушення яких передбачено адміністративну відповідальність [415]. Проаналізувавши дієвість регулятивних повноважень, вважаємо за необхідне вказати на значимість програмного регулювання на місцевому рівні [252]. Саме завдяки програмному регулюванню визначаються пріоритети на місцях і формується реальна можливість посилити та надати розвитку конкретному напрямку медичної галузі, як то забезпеченість імунобіологічними препаратами, профілактика цукрового діабету тощо.

Прикладом регіональних ініціатив може бути рішення Чернівецької обласної ради «Про затвердження Регіональної програми розвитку та підтримки обласних комунальних закладів охорони здоров'я на 2020-2022 роки», головним спрямуванням якої є такі напрями: сприяння створенню належних умов для здійснення діяльності з надання якісних послуг комунальними некомерційними підприємствами та медичними закладами; надання населенню медичної

допомоги на якісному рівні (доступність, кадрове та технічне забезпечення), належна організація лікувально-діагностичного процесу, ефективно та раціональне використання майнових та фінансових ресурсів; зміцнення та оновлення матеріально-технічної бази комунальних некомерційних підприємств та медичних закладів; забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення онкологічних хворих, хворих з вірусним гепатитом В, С, хворих з інсультом та інфарктом та інші. Загалом на 2020 рік для реалізації цієї програми передбачено 115,5 млн грн. [73].

Звичайно, що в кожному випадку регіональні чи муніципальні програми мають бути обґрунтовані статистичними даними та їх аналізом, що покладено в основу прийняття управлінських рішень.

Реалізація установчої функції полягає в здійсненні представницькими органами місцевого самоврядування повноважень щодо визначення кількісного складу ради, формування внутрішньої структури і персонального складу комісії ради, а також її виконавчих органів, утворення, реорганізації, ліквідації існуючих посад у сфері управління охорони здоров'я тощо.

Наразі керівними органами місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я є відповідні ради на певній території, а безпосередньо функція управління підконтрольними об'єктами здійснюється через їх виконавчі органи – департаменти (управління, відділи) охорони здоров'я, правовий статус яких визначається положеннями, що затверджуються радами. При виконанні своїх ключових функцій управління (відділи) охорони здоров'я керуються Конституцією України, Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», іншими нормативно-правовими актами, рішеннями рад, їх виконавчих комітетів, розпорядженнями голів та положеннями про них.

Наприклад, Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) відповідно до Положення підпорядковується Київському міському голові, підзвітний та

підконтрольний Київській міській раді та постійній комісії Київської міської ради, до функціонального спрямування якої належить питання діяльності Департаменту, а також постійній комісії Київської міської ради, до функціонального спрямування якої належить питання взаємодії Київської міської ради та її виконавчого органу [300]. Водночас до структури Департаменту входять управління (Управління з питань контрольно-аналітичної роботи та організаційного забезпечення; Управління бухгалтерського обліку та звітності; Управління капітальних видатків та оренди; Управління лікувально-профілактичної допомоги; Управління економіки), які поділені на відділи та сектори по напрямкам роботи. Вказаний Департамент наділений повноваженнями, зокрема й установчого характеру, наприклад з оптимізації мережі закладів охорони здоров'я м. Києва та зміни мережі закладів охорони здоров'я за погодженням з Київською міською радою (підп. 5.21 Положення) тощо.

Керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду за рішенням уповноваженого виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на підставі конкурсу, та укладають з ним контракт на строк від 3-х до 5-ти років. З метою забезпечення єдиного підходу організаційно-правових заходів органи місцевого самоврядування розробляють та затверджують положення про порядок призначення та звільнення з посад керівників комунальних закладів охорони здоров'я [18].

Організаційна функція реалізується через повноваження у сфері охорони здоров'я, пов'язані з організацією медичного обслуговування населення та організаційного забезпечення виконання інших важливих завдань медичної галузі на відповідній території. Так, до організаційних повноважень можна віднести: організацію виконання законодавства України у сфері охорони здоров'я; організаційне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з

питань надання медичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, зокрема під час ліквідації наслідків епідемій, пандемій та інших надзвичайних ситуацій; організацію правового виховання працівників сфери охорони здоров'я тощо.

Науковцями виділяються й інші функції місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Зокрема, С. В. Книш розглядає у дослідженні функцію управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності; стимулюючу функцію, яка використовується для стимулювання медичних працівників щодо праці у сільській місцевості; окремо виділяє функцію управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності [145, с. 168].

Окрім того в науковій літературі зустрічаються класифікації функцій за іншими критеріями, наприклад, за суб'єктами місцевого самоврядування, що дає підстави виділити функції: територіальних громад; місцевих рад; виконавчих органів; сільських, селищних і міських голів; органів самоорганізації населення тощо [482, с. 3].

Слушною є позиція А. О. Гливки відносно того, що в Законі України «Про місцеве самоврядування в Україні» відсутній чіткий перелік функцій місцевого самоврядування, а наявність відповідних функцій можна тлумачити, виходячи з повноважень органів місцевого самоврядування. Підтримуємо автора відносно того, що така позиція законодавця є необґрунтованою, оскільки поняття «повноваження» та «функції» мають різне змістовне наповнення. Повноваження відповідних органів місцевого самоврядування формуються виходячи з його функцій та безпосередньо для їх реалізації [66, с. 187].

Також заслуговує на увагу бачення О. А. Мельниченка і Н. М. Удовиченко, які пропонують поділяти способи й прийоми виконання функцій органами місцевого самоврядування за способом впливу на:

– адміністративні: боротьба з хабарництвом і нецільовим використанням матеріально-технічної бази медичних закладів; затвердження штатних розписів медичних закладів по спеціальному фонду бюджету; контроль (виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я; використання та зберігання наркотичних і сильнодіючих лікарських засобів; стану санітарно-гігієнічного, протиепідеміологічного режиму та профілактики інфекцій); перевірки надання медичної допомоги населенню (за контингентом і видом захворювань; призначення керівників комунальних закладів охорони здоров'я, контроль за їхньою діяльністю) тощо;

– економічні: аналіз (споживання енергоресурсів та бюджетних коштів комунальними закладами охорони здоров'я; виконання капітальних і поточних ремонтів у комунальних закладах охорони здоров'я) та ін.;

– нормативні: розпорядження та рішення органів місцевого самоврядування;

– організаційні: аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, стану якості надання лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню; залучення громадськості до забезпечення безпеки у сфері охорони здоров'я; місцеві програми розвитку; поширення медичних знань та інформації про способи лікування тощо;

– соціально-психологічні: виховання; переконання; психологічні настанови; роз'яснення; соціальні норми; суспільний тиск [224, с. 159].

Таким чином, вважаємо за потрібне акцентувати увагу на особливій природі функцій місцевого самоврядування, які характеризуються автономним режимом і пов'язані з реалізацією народовладдя. Утім вони не можуть повністю відмежовуватись від функцій державних органів у сфері охорони здоров'я. Основною характеристикою спрямування діяльності органів місцевого самоврядування є можливість самостійного вирішення питань медичної галузі місцевого значення в межах наданих законодавством повноважень. Звичайно,

обсяг повноважень у сфері охорони здоров'я, що покладаються на органи місцевого самоврядування є різним і залежить від території, кількості населення та мережі медичних закладів, розміщених на певній території. До того ж повноваження і функції центральних органів та органів місцевого самоврядування мають бути чітко окреслені з метою уникнення їх дублювання та конфлікту інтересів.

Важливим з аналітичної точки зору є дослідження, проведене в рамках Програми Ради Європи «Децентралізація і реформа місцевого самоврядування в Україні», за результатами якого найбільшими труднощами у поточній діяльності респонденти вважають нестабільність законодавства (51.1 %), відсутність належного фінансування делегованих повноважень (33.8 %), брак власних доходів (33.5 %) і правову невизначеність в окремих сферах (30.0 %) [18, с. 6].

Проблеми в галузі охорони здоров'я на місцевому рівні можуть бути об'єктивними та суб'єктивними в розумінні того, що є їх підставою. Об'єктивні проблеми залежать від непродуманої та непослідовної державної політики, недосконалого законодавства, що не враховує можливі ускладнення практичного змісту, недостачі інформації та відсутності комунікації щодо нововведень. Зокрема, суттєвим недоліком законодавства є його невизначеність щодо розподілу повноважень між територіальними громадами, районними та обласними радами. Суб'єктивні проблеми криються в недоліках та недопрацюванні місцевих органів і походять з середини. Ними є: неготовність прийняти на себе повноваження та відповідальність в ширшому обсязі через брак компетенції, можливостей, розуміння, бажання тощо. Тому, очевидно, що комунікації між всіма заінтересованими суб'єктами як ключовій підставі втілення реформ, повинно надаватись неабияке значення. Органи місцевого самоврядування мають бути провідниками національної стратегії та державної політики у сфері охорони здоров'я на місцях.

Підсумовуючи наведене, вважаємо за доцільне виділити основні несприятливі чинники, що можуть загостритися в процесі децентралізації:

- неповне покриття фінансовими ресурсами реалізації розширених повноважень органів місцевого самоврядування;
- професійна неспроможність (кадрова, господарницька, організаційна) виконання основних пріоритетів через недостатній рівень підготовки фахівців;
- низька активність територіальних громад та відсутність діалогу;
- недосконалість механізмів забезпечення автономності органів місцевого самоврядування та захисту від неправомірного втручання в їх діяльність.

Запобігти цьому в певній мірі може поєднання зусиль у вирішення окремих питань територіальних громад. Співробітництво місцевих органів в тій чи іншій формі є дієвим механізмом досягнення ефективних результатів у своїй роботі, оскільки відбувається обмін досвідом, посилення практичної складової, підвищення кваліфікації, набуття нових навичок.

У ст. 16 Основ законодавства про охорону здоров'я передбачено можливість закладам охорони здоров'я комунальної власності утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, зокрема як спільне комунальне підприємство [272]. До того ж Концепцією реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні передбачається надання територіальним громадам права об'єднувати своє майно та ресурси в рамках співробітництва територіальних громад для виконання спільних програм та більш ефективного надання публічних послуг населенню суміжних територіальних громад [443].

За результатами опитування виявлено, що найбільш важливим інструментом професійного розвитку працівників Об'єднаної територіальної громади (далі – ОТГ) є обмін досвідом з колегами з інших ОТГ (78.5 % респондентів зараховують цей інструмент до топ-2, загалом «дуже ефективним»



вважають 56.3 %). Умовно «друге» місце ділять з приблизно однаковою оцінкою ефективності: вивчення кращих практик, консультації з експертами, обмін досвідом з колегами з інших країн, участь в навчальних візитах, участь у семінарах/тренінгах (по 20-25 % зараховують ці інструменти до топ-2, по 43-50 % вважають «дуже ефективними»). Найменший інтерес викликає он-лайн навчання, яке «дуже ефективним» вважають 19.3 % респондентів, і лише 3.5 % зараховують до топ-2 інструментів [17, с. 8].

Можна констатувати, що процес співробітництва територіальних громад, зокрема, і в медичній галузі, останнім часом активізувався, оскільки є розуміння, що від об'єднання ресурсів, зусиль та досвіду питання місцевого значення можна вирішувати швидше та ефективніше. Цю тезу підтверджують дані Реєстру договорів про співробітництво територіальних громад, що ведеться Міністерством розвитку громад та територій України, відповідно до якого галузь медицини є однією з найпоширеніших сфер міжмуніципального співробітництва, де укладено 29 договорів про співробітництво ТГ (7,25 %). Завдяки партнерським відносинам у сфері охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування вдалося вирішити такі важливі завдання, як створення спільних центрів первинної медико-санітарної допомоги, спільне фінансування комунальних закладів охорони здоров'я, створення спільних медичних закладів, придбання діагностичного обладнання, санітарних автомобілів, реалізація спільних проектів з реконструкції та ремонту медичних закладів [561].

Більш детально питання організації, форми, державного стимулювання, фінансування та моніторингу співробітництва прописані в спеціальному Законі України «Про співробітництво територіальних громад», яким, серед іншого, визначаються допустимі форми співробітництва: делегування одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва виконання одного чи кількох завдань з передачею йому відповідних ресурсів; реалізація спільних проектів, що передбачає координацію діяльності суб'єктів

співробітництва та акумулювання ними на визначений період ресурсів з метою спільного здійснення відповідних заходів; спільне фінансування (утримання) суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій комунальної форми власності – інфраструктурних об'єктів; утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій – спільних інфраструктурних об'єктів; утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень [438]. На нашу думку, реалізацією повноважень місцевих органів у сфері охорони здоров'я в таких формах створюється додаткова можливість для невеликих населених пунктів отримувати якісну медичну допомогу з широким спектром послуг, високотехнічним обладнанням, високопрофесійними фахівцями. Тобто досить часто така співпраця значно посилює наявний ресурс.

Злагоджена взаємодія органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх конструктивний діалог в процесі прийняття рішень є надзвичайно важливими в нинішніх умовах. Позитивним кроком на шляху реформування взаємодіючих процесів державних органів та органів місцевого самоврядування є розроблений Міністерством розвитку громад та територій Проект закону «Про внесення змін до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та деяких інших законодавчих актів України щодо децентралізації та розмежування повноважень органів місцевого самоврядування», метою якого є формування спроможного та ефективного місцевого самоврядування, впорядкування підходів до визначення повноважень органів місцевого самоврядування різних рівнів, закріплення чітких принципів і умов делегування повноважень органам місцевого самоврядування для забезпечення доступності та покращення якості надання публічних послуг жителям, приведення українського законодавства у відповідність Європейській хартії місцевого самоврядування [339].

Цим законопроектом пропонуються такі суттєві зміни організаційно-правового статусу органів місцевого самоврядування:

Водночас вважаємо за необхідне наголосити на потребі законодавчого врегулювання та чіткого окреслення питань дотримання законності органами місцевого самоврядування при виконанні своїх функцій та посилення відповідальності за виконання повноважень, оскільки їх обсяг значно збільшується з одночасним збільшенням фінансування. Вказане питання потребує чіткості з метою запобігання неконтрольованому використанню фінансових ресурсів та можливого невиконанню окремих важливих повноважень в галузі.

Отже, в результаті проведеного дослідження можна стверджувати, що органи місцевого самоврядування не в повній мірі задовольняють потреби територіальних громад в медичній сфері, що може вказувати на недоліки організаційного, управлінського та правового характеру. Попри значні зміни, що вже відбулися у зв'язку з проведенням децентралізації у сфері охорони здоров'я, залишаються невирішеними питання визначення чіткої стратегії, детального правового регулювання та, навіть, політичної волі. Як наслідок проведення реформи медичної галузі, на органи місцевого самоврядування було покладено чимало додаткових повноважень, які не були їм властиві, зокрема тендерні процедури, договірні правовідносини тощо. Тому через недосконалий механізм реалізації досить часто виникають проблеми з їх виконанням на місцях.

Оскільки відбувається переформатування повноважень, очевидно стає потреба розвитку спроможності комунікувати та вести діалог територіальних громад з органами виконавчої влади. Органи місцевого самоврядування повинні бути провідниками національної стратегії та державної політики у сфері охорони здоров'я на місцях. Разом з тим повноваження і функції центральних органів та органів місцевого самоврядування мають бути чітко окреслені з

метою уникнення їх дублювання та конфлікту інтересів. Не менш гострою є потреба залучення громадян у фінансові процеси для здійснення ефективного громадського контролю та з метою посилення частки «активних» громадян, які би брали участь у формуванні та реалізації політики у сфері охорони здоров'я на місцях.

На підставі аналізу повноважень органів місцевого самоврядування в медичній сфері, нами були виокремлені такі функції: фінансова, регулятивна, організаційна, соціально-захисна, установча, контролююча. Вважаємо, що зазначені функції найбільш цілісно відображають зміст та спрямованість повноважень органів місцевого самоврядування. Детальний аналіз функцій надав змогу виділити їх напрями розвитку. Наприклад, для контролюючої функції ними є: комунікація з громадськістю, моніторинг та оцінка ефективності здійснюваних заходів у сфері охорони здоров'я. Також посилення потребує соціально-захисна функція, що спрямована на підвищення рівня забезпечення громадян медичною допомогою, гарантування доступності в усіх проявах та підвищення якості послуг.

У контексті дослідження природи функцій місцевого самоврядування, важливим є також вирішення питань щодо співвідношення функцій місцевого самоврядування та функцій держави, правового регулювання вирішення виниклих конфліктів та закріплення відповідальності в межах своїх повноважень за стан здоров'я територіальних громад.

### **3.4 Роль судів та органів прокуратури у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я**

Реальним чинником забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадян є їх гарантування, що досягається за допомогою дій державних органів, які спрямовані на створення можливостей для здійснення прав учасниками медичних правовідносин, їх охорони та захисту від протиправних дій. За таких умов право на охорону здоров'я, закріплене у законодавстві, набуває не лише юридичного, а й фактичного змісту.

Реалізація прав у сфері охорони здоров'я відбувається у разі потреби на диспозитивних началах і передбачає добровільне визнання та виконання цього права. Проте, як свідчить практика, досить часто трапляються порушення медичних прав, що «включає» механізм їх захисту. Тому можна стверджувати, що захист порушених прав стимулює зобов'язаних суб'єктів до їх забезпечення та належного виконання.

Поняття і різноманітні тлумачення терміну «захист» часто є об'єктом вивчення науковців. Так, Т. М. Підлубна визначає, що право на захист – це можливість його носія самому вчиняти юридично значимі активні дії в разі порушення його прав та інтересів шляхом звернення до компетентних державних органів або за допомогою застосування особою фактичних дій, які не суперечать закону з метою задоволення особистих інтересів [292, с. 11]. Є. О. Суханов визначає суб'єктивне право на захист як юридично закріплену можливість уповноваженої особи використовувати заходи правоохоронного характеру з метою відновлення порушеного права і припинення дій, що порушують право [72, с. 541]. Підтримуючи позицію цих науковців, пропонуємо під захистом розуміти можливість відновлення встановленого правового режиму внаслідок його порушення шляхом звернення до

компетентних органів. Застосування заходів захисту має бути спрямоване на попередження або припинення порушення в медичній сфері.

Проведений аналіз літературних джерел дозволяє виділити найбільш ефективні механізми юрисдикційного захисту медичних прав, до яких слід віднести кримінально-правовий, цивільно-правовий та конституційний. Саме тому судові органи і прокуратура відіграють важливу роль у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я та в його захисті зокрема.

Організація діяльності судових та правоохоронних органів щодо реалізації та захисту прав, свобод та обов'язків людини і громадянина характеризується певним механізмом, структура якого включає:

а) діяльність зазначених органів зі здійснення своїх функцій, компетенції, повноважень, прав і обов'язків з метою створення оптимальних умов для реалізації, охорони, захисту та відтворення прав, свобод і обов'язків;

б) результати такої діяльності, що виражається в фактичному втіленні прав, свобод та обов'язків людини і громадянина [514, с. 103].

Судові та правоохоронні органи забезпечують роботу механізму правової охорони. Їх метою діяльності є усунення перешкод для реалізації наданого законодавством права, поновлення порушених прав через застосування заходів державного примусу та притягнення до відповідальності винних осіб.

Судова форма захисту прав у сфері охорони здоров'я вважається найбільш ефективною. Право на судовий захист гарантується ст. 55 Конституції України, де конкретизовано, що кожен має право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Також дане право може бути реалізоване шляхом звернення із конституційною скаргою до Конституційного Суду України з підстав, установлених Конституцією, та у порядку, визначеному законом. Окрім цього вказана норма передбачає наднаціональний механізм захисту порушених прав, що полягає в можливості звернення після

використання всіх національних засобів юридичного захисту до відповідних міжнародних судових установ чи до відповідних органів міжнародних організацій, членом або учасником яких є Україна [168].

З цього випливає, що судова форма захисту медичних прав може бути реалізована безпосередньо такими суб'єктами: Конституційним Судом України, судами загальної юрисдикції, ЄСПЛ.

Конституційне правосуддя в питаннях реалізації права на охорону здоров'я відіграє значну роль, оскільки Конституційний Суд України наділяється повноваженнями, необхідними для забезпечення основоположних прав громадян, їх гарантування та захисту.

Відповідно до Закону України «Про Конституційний Суд України» від 13.07.2017 № 2136-VIII цей орган є органом конституційної юрисдикції, який забезпечує верховенство Конституції України, вирішує питання про відповідність Конституції України законів України та у передбачених Конституцією України випадках інших актів, здійснює офіційне тлумачення Конституції України, а також інші повноваження відповідно до Конституції України [412]. Забезпечення верховенства Конституції вказує, що вона є першоджерелом права, а відтак завдяки офіційному тлумаченню основних приписів та їх співставлення чи порівняння з іншими нормативно-правовими актами досягається більш глибоке розуміння права та його істинність.

Принцип верховенства права найбільшою мірою дає можливість Конституційному Суду України забезпечувати верховенство Основного Закону. Офіційне тлумачення Конституції з позицій найвищих соціально-моральних цінностей, якими є людина, її життя, здоров'я, честь, гідність, права і свободи, справедливість, розвиває і збагачує її сутність. Тому рішення і правові позиції Конституційного Суду України з питань тлумачення положень Конституції України, які стосуються прав і свобод людини, повніше розкривають їх зміст і повинні обов'язково враховуватися в правотворчій діяльності [538, с. 121].

Повноваження Конституційного Суду України закріплені у ст. 150 Конституції України та конкретизуються у ст. 7 Закону України «Про Конституційний Суд України».

Конституційні повноваження зводяться до таких напрямів:

- 1) визначення конституційності (тобто відповідності Конституції) законів та інших правових актів Верховної Ради України, Президента, Кабінету Міністрів України, Верховної Ради АРК;
- 2) офіційне тлумачення Конституції України;
- 3) інші повноваження, передбачені Конституцією України [168].

Ініціювати питання щодо конституційності нормативно-правових актів або тлумачення Конституції України можуть виключно Президент України, депутати Верховної Ради України у складі не менше 45 осіб, Верховний Суд, Верховної Ради АРК.

Більш глибокий аналіз предметної діяльності Конституційного Суду України дозволяє дійти висновку, що у сфері охорони здоров'я шляхом здійснення повноваження щодо відповідності окремих нормативно-правових актів Конституції України вдається тримати баланс законності та консолідованості інтересів учасників медичних відносин.

Як приклад, зазначимо Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги), відповідно до якого були визнані неконституційними окремі положення зазначеної Постанови Кабінету Міністрів України на тій підставі, що значна частина перерахованих у Переліку медичних послуг підпадає під поняття «медична допомога», ненадання якої може завдати істотної



шкоди здоров'ю хворих. До них відносяться послуги, безпосередньо пов'язані з лікуванням хворих та профілактикою захворювань [474].

Наразі актуальним та обговорюваним є питання розгляду справи Конституційним Судом України за конституційним поданням 59 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168–VIII. З метою гарантування повноти і об'єктивності розгляду справи було залучено як експертів представників органів державної влади, наукових установ та вищих навчальних закладів [541]. Ключовим питанням розгляду є визначення того, чи не звужується цим законом конституційне право на медичну допомогу з гарантією безоплатності. Позиція Конституційного Суду України, висвітлена у вже згадуваному рішенні про платні медичні послуги, зводиться до того, що недопустимим є встановлення меж безоплатної медичної допомоги у вигляді гарантованого рівня, або ж орієнтування на окремі категорії громадян (малозабезпечені, пенсіонери, тощо). Слушним в цьому контексті постає питання О.А. Любчик «... а що як цього «тарифу» не вистачить на лікування людини!? Що робити людині? А закріплених тарифів Постановою Кабінету Міністрів України № 65 від 5 лютого 2020 р. «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» дійсно недостатньо, якщо порівняти ці «тарифи» та ціни на «платні медичні послуги»» [215, с. 95].

Офіційне тлумачення Конституції України також мало місце у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) [475] є прикладом реалізації вказаного повноваження. Наслідком розгляду цього питання є

висновок суду, що медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я має бути безоплатною. Утім суд розмежував поняття «медична допомога» та «медична послуга», вказавши на можливість залучення додаткових коштів на підставі закону саме за медичні послуги.

Не менш важливим для захисту прав громадян в медичній сфері є повноваження Конституційного Суду України, закріплене у ст. 151-1 Конституції України, відповідно до якої Конституційний Суд України вирішує питання про відповідність Конституції України (конституційність) закону України за конституційною скаргою особи, яка вважає, що застосований в остаточному судовому рішенні в її справі закон України суперечить Конституції України. Конституційна скарга може бути подана в разі, якщо всі інші національні засоби юридичного захисту вичерпано [168].

Запроваджений інститут конституційного оскарження є дієвим механізмом захисту прав фізичних та юридичних осіб, за винятком юридичних осіб публічного права. Про це свідчить кількість звернень до Конституційного Суду України з касаційними скаргами, яких за 2019 рік налічується 664 [167]. Позитивними характеристиками конституційної скарги є доступність, проста процедура подання, результативність, забезпечення захисту та відновлення прав особи, урахування як особистих обставин заявника, так і загального правового визначення та відповідне їх коригування.

Показовим прикладом захисту прав через застосування цієї правової можливості є конституційна скарга від особи, до якої було застосовано примусові заходи медичного характеру і поміщено до психіатричного закладу суворого режиму для примусового лікування. Згодом лікар-психіатр надав висновок про недоцільність подальшого проведення таких заходів і можливість переведення такої особи у звичайну лікарню. Однак суд не прийняв лікарський висновок і рішення суду було негативним. Щоб його оскаржити, особа звернулася до державного адвоката, однак він проігнорував такий запит.

Скористатися іншими правомочностями не було можливості в умовах лікарні. Тому зазначена особа самостійно направила до апеляційного суду скаргу, проте їй відмовили на тій підставі, що вона не наділена відповідно до КПК України правом апеляційного оскарження. Як наслідок, виникла ситуація унеможливлення реалізації конституційного права особи звернутися до суду за захистом своїх прав [578].

Подібна ситуація виникала й у зв'язку із застосуванням іншого законодавства відносно права недієздатних осіб звертатися до суду з вимогою перегляду їхньої недієздатності або реалізовувати інші правомочності. Утім вона була усунута Конституційним Судом України на підставі конституційного подання Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та інших суб'єктів, наділених правом звернення.

Слід наголосити, що розгляд конституційної скарги не є переглядом справи чи окремою інстанцією, позитивне рішення Конституційного Суду України та визнання неконституційним закону, на основі якого було прийнято рішення, є підставою для перегляду справи за нововиявленими обставинами.

Більш конкретизовано повноваження Конституційного Суду України в медичній галузі в ст. 7 Закону України «Про Конституційний Суд України», відповідно до якої до зазначених вище повноважень суду також належать: надання за зверненням Президента України або щонайменше сорока п'яти народних депутатів України, або Кабінету Міністрів України висновків про відповідність Конституції України чинних міжнародних договорів України або тих міжнародних договорів, що вносяться до Верховної Ради України для надання згоди на їх обов'язковість; надання за зверненням Верховної Ради України висновку щодо відповідності законопроекту про внесення змін до Конституції України вимогам статей 157 і 158 Конституції України; надання за зверненням Верховної Ради України висновку про порушення Верховною Радою АР Крим Конституції України або законів України; вирішення питань

про відповідність Конституції України та законам України нормативно-правових актів Верховної Ради АР Крим за зверненням Президента України згідно з ч. 2 ст. 137 Конституції України [168]. Зокрема, вказаними повноваженнями може забезпечуватись гарантування верховенства права в міжнародних відносинах у медичній сфері (п. 3 ч. 1 ст. 7), забезпечення конституційного права на охорону здоров'я та недопущення звуження його меж (п. 6 ч. 1 ст. 7), баланс законодавства АР Крим з Конституцією та законами України (п. 7, 8 ч. 1 ст. 7).

З огляду на зазначене варто підсумувати, що Конституційний Суд України займає важливе місце в механізмі захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я, допомагає глибшому розумінню та розкриттю конституційних положень з метою їх подальшої реалізації, виробляє єдиний підхід праворозуміння та правозастосування. Судова практика та правові позиції цього суду є орієнтиром для судових органів та інших органів державної влади, діяльність яких пов'язана із забезпеченням охорони та захисту конституційних прав, зокрема, права на охорону здоров'я громадян.

Практична та наукова цінність правової позиції Конституційного Суду України полягає у тому, що її формулювання є результатом спільної аналітичної діяльності науковців, експертів та інших фахівців у галузі права, проведення комплексного аналізу положень законодавчих актів у їх системному зв'язку. Як наслідок, на правову позицію Конституційного Суду України спираються в якості обґрунтування щодо прийняття деяких рішень суб'єктами владних повноважень [571, с. 320].

Однак компетенція Конституційного Суду України є дещо звуженою і охоплює загалом виключно тлумачення Конституції України та перевірку на конституційність нормативно-правових актів. Суд не розглядає та не встановлює відповідність законам України інших нормативно-правових актів і, відповідно, не виходить за межі окреслених повноважень.

На відміну від Конституційного Суду України значно ширший обсяг повноважень мають суди загальної юрисдикції, оскільки вони наділені правом розгляду будь-яких порушень законодавства про охорону здоров'я з урахуванням правил підсудності. Законодавством про судочинство визначається, що суди уповноважені розглядати та вирішувати цивільні, кримінальні, господарські, адміністративні справи та справи про адміністративні правопорушення.

Аналіз судової практики свідчить, що вона багата й різноманітна, а також реалізована у різних видах проваджень залежно від предмету спору чи порушення.

Адміністративні суди спрямовують свій контроль на захист прав, свобод та інтересів фізичних і юридичних осіб у сфері публічно-правових відносин від порушень з боку органів державної влади, їх посадових і службових осіб. Відповідно, в порядку адміністративного судочинства, як правило, розглядаються справи щодо перевищення повноважень органами державної влади чи місцевого самоврядування при прийнятті рішень у сфері охорони здоров'я, визнання незаконною бездіяльність відповідних органів щодо забезпечення лікарськими засобами, порушення правил закупівель медичних препаратів тощо.

Кримінальна відповідальність передбачена за низку злочинів у сфері охорони здоров'я, які здебільшого згруповані у розділі II Кримінального кодексу України (далі – КК України) «Злочини проти життя та здоров'я особи».

Так, кримінальна відповідальність передбачена за такі види злочинних діянь: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);

порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини (ст. 143 КК України); порушення санітарних правил і норм щодо запобігання інфекційним хворобам та масовим отруєнням (ст. 325 КК України) [188].

Ґрунтовне дослідження Єдиного державного реєстру судових рішень та звітів про кримінальні правопорушення дає підставу стверджувати про найбільшу поширеність кримінальних порушень саме за ст. 140 КК України (неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником) з-поміж ряду інших.

Наприклад, показовою є справа № 466/7138/17, в якій Шевченківським районним судом м. Львова ухвалено вирок 28.07.2020. Згідно з матеріалами справи та відповідно до історії пологів лікар акушер-гінеколог вагітної, якого обрала сама пацієнтка, під час ведення допологової підготовки та приймаючи пологи у вагітної неналежно виконував свої професійні обов'язки, внаслідок недбалого та несумлінного до них ставлення, і як наслідок спричинив тяжкі наслідки дитині у вигляді смерті. Відповідно до висновку комісійної судово-медичної експертизи від 30.05.2017 аналіз клінічної ситуації, яка виникла при проведенні пологів, свідчить про невідповідність записів, зроблених лікарем і результатів пологів. Дослідження доказової бази свідчить про несвоєчасну, запізнілу діагностику кисневого голодування плода в пологах лікарем. Також по справі доведено, що дії лікаря акушер-гінеколога не відповідають вимогам нормативних документів МОЗ України щодо цього випадку. Таким чином, між допущеним лікарем акушер-гінекологом порушенням під час проведення пологів породіллі і смертю її новонародженої дитини встановлено прямий причинний зв'язок. У результаті розгляду справи суд виніс обвинувальний вирок, відповідно до якого лікаря було визнано винним у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 КК України та призначено покарання у виді позбавлення волі строком на три роки з

позбавленням права займатися лікарською діяльністю строком теж на три роки. Окрім цього в межах цивільно-правової вимоги стягнуто відшкодування за заподіяну моральну шкоду в розмірі 350 тис. гривень з лікаря та 50 тис. гривень з Комунального некомерційного підприємства «3-я міська клінічна лікарня м. Львів», де він працював [53].

Аналізуючи судові справи, слід відмітити недостатню судову активність та довготривалість процесу розгляду кримінальних справ, що призводить в кінцевому підсумку до низької результативності такого захисту. Так, аналізуючи щорічну судову статистику розгляду справ кримінального провадження щодо застосування ст. 140 КК України, вбачається, що протягом 2019 року перебували на судовому розгляді 124 справи, які стосувалися 165 осіб. З цієї кількості було розглянуто лише 30 справ, із яких 11 справ закінчились ухваленням вироку (обвинувального – 9, виправдовувального – 2), у 14 справах провадження було закрито, 3 справи – повернуто прокурору, 2 справи – направлено для визначення підсудності [521].

На затягування процесу впливають низка чинників, що уповільнюють як доказову діяльність, так і процес розгляду справи. Зокрема, досить часто виникають складнощі з отриманням інформації, що є лікарською таємницею, але яка є важливою для справи. Статтею 40 Основ законодавства про охорону здоров'я така інформація захищається, оскільки зазначено, що медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків [272]. Утім випадки, які б надавали можливість отримати інформацію від медичних працівників, законодавством не визначаються. Тому через неможливість її отримання розгляд справи часто затягується.

Як вихід з ситуації, що склалася з метою уникнення законодавчої прогалини, слушно вважаємо пропозицію внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, доповнивши ст. 40 абзацом, який врегулює відповідне питання. Враховуючи, що наразі конкретні випадки не перелічені, будемо виходити з положень ст. 32 Конституції України, відповідно до якої не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, окрім визначених законом випадків, а також лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Отже, за аналогією, слід зазначити, що розголошення лікарської таємниці може відбуватися в таких випадках: в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини [217].

Важливе значення при вирішенні таких справ мають результати комісійної або комплексної судово-медичної експертизи, які є ключовим засобом доказування в медичних справах. Як приклад наведемо справу № 524/9371/19, у якій ухвалено вирок Автозаводським районним судом м. Кременчука від 02.03.2020. Ключові моменти справи полягають в тому, що у 2015 році до лікарні звернулася жінка зі скаргами на біль у животі, підвищення температури тіла. У приймальному відділенні вона була оглянута лікарем хірургом, після чого госпіталізована до хірургічного відділення з діагнозом «Гострий апендицит» для проведення оперативного лікування. Однак при підготовці пацієнтки до операції лікар-анестезіолог не перевіряв правильність під'єднання апарату ШВЛ до системи газопостачання та не виявив факт під'єднання до апарату ШВЛ балону з інертним газом «аргон», внаслідок чого замість «Кисню» хворій подавався інертний газ «Аргон», через що у неї прогресивно знизився артеріальний тиск та виникла асистолія (припинення діяльності серця зі зникненням біоелектричної активності), після чого було розпочато реанімаційні заходи, які не дали результату і лікарями було констатовано біологічну смерть хворої. Оперативне втручання хворій навіть не було розпочато. Відповідно до



висновку експерта: «Смерть настала від гострої асфіксії внаслідок недостатчі кисню в повітрі замкнутого простору (застосування замість кисню, інертного газу «Аргон»), про що свідчать дані матеріалів кримінального провадження і підтверджуються комплексом морфологічних ознак, властивих даному стану, та результатами судово-гістологічного дослідження шматочків внутрішніх органів. У результаті розгляду справи лікар-анестезіолог був визнаний винним у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 140 КК України і йому було призначено покарання у вигляді 2 років позбавлення волі. Однак він був звільнений від відбування покарання у зв'язку з амністією [51].

Уповноважені на проведення судово-медичної експертизи суб'єкти часто порушують установлені строки, що разом з іншими чинниками призводить до затягування провадження, і зрештою може призвести до закінчення строків давності притягнення до кримінальної відповідальності, а відповідно, винну особу залишити без правомірного покарання. Така ситуація є неприпустимою, оскільки порушується основний принцип юридичної відповідальності – невідворотність покарання, зміст якого полягає в гарантіях справедливого покарання за будь-яке правопорушення.

Звертає увагу на судову статистику з кримінальних медичних справ також медична спільнота, акцентуючи увагу на співвідношенні обвинувальних та виправдовувальних вироків. Згідно зі статистикою, яка сформувалась на підставі відкритих даних з Єдиного реєстру судових рішень, за 10 років, у період з 2007 по 2016 роки включно, ухвалено вироків у 133 кримінальних справах, де відповідачами виступали лікарі або заклади охорони здоров'я. У 89,5 % справ ухвалено обвинувальні вироків, інші 14 % – виправдовувальні. Водночас згідно зі статистичними даними, які наводить Американська медична асоціація (American Medical Association), у США 61 % лікарів впродовж своєї кар'єри мали судові позови проти себе. Лише у 3 % випадків суди ставали набік позивачів, в інших 97 % – підтримували лікарів. Лише у 10 % тих лікарів, проти

яких відкрито кримінальні справи, судові процеси тривали менше 1 року. У 36% випадків – від 1 до 3 років, у 30% інших випадків – 3–5 роки, у 15 % – понад 5 років [70].

Отже, наведені дані можуть свідчити не лише про порушення та халатність з боку медичних працівників, а й з іншого боку в певній мірі демонструють незахищеність лікарів в суді, оскільки на законодавчому рівні відсутнє визначення поняття «медичної помилки», алгоритму її класифікації, внаслідок чого складно визначити належність чи неналежність дій лікаря, а також обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів, що є в більшості зарубіжних країн.

Прикладом виправдовувального вироку медичних працівників є справа № 126/485/19, в якій акушер-гінеколог обвинувачується у вчиненні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 140 КК України, тобто в неналежному виконанні медичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого. Згідно з матеріалами справи після проведення кесаревого розтину породіллі, знаючи про чинники, що сприяли розвитку гнійно-септичного ускладнення після операції, акушер-гінеколог не призначила проведення бактеріального посіву та при наявності факторів ризику з виникнення гострого септичного запалення в післяопераційний період не призначила антибіотикотерапію, допустивши у такий спосіб неналежне виконання своїх професійних обов'язків у реалізації низки заходів, направлених на встановлення та дослідження об'єктивного стану хворої, внаслідок несумлінного ставлення до них, що спричинило тяжкі наслідки для потерпілої, а саме екстирпацію матки з трубами, що відповідно до висновку експерта мають ознаки важкого тілесного ушкодження. Однак суд, вивчивши матеріали кримінального провадження дійшов висновку, що інкриміноване їй обвинувачення не знайшло свого підтвердження та обвинувачена підлягає виправданню у зв'язку з недоведеністю вини, оскільки

чинниками, які призвели до таких наслідків були як неналежне виконання акушер-гінекологом своїх посадових обов'язків, так і неналежна організація лікувального процесу в лікарні. Який із чинників призвів до розвитку гнійно-септичного ускладнення після операції кесарського розтину слідством та судом не встановлено [52].

Наразі більшість європейських країн мають національні медичні самоврядні організації, які здійснюють охорону та захист прав медичних працівників, разом з тим несуть правову, фінансову і моральну відповідальність перед державою і суспільством за якість наданої медичної допомоги, професійну підготовку медичних фахівців, дотримання норм медичної етики та розв'язують інші питання охорони здоров'я [258, с. 26].

За окремі правопорушення у сфері охорони здоров'я, що не містять ознак злочину, передбачена відповідальність відповідно до гл. 5 КУпАП [153]. Зокрема, підставами для такої відповідальності є: порушення санітарних норм (ст. 42), продаж лікарських засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках (ст. 42-4), ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44-1), порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності (ст. 44-2), порушення правил щодо карантину людей (ст. 44-3), ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45), порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1), умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46), порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством) (ст. 46-2). З огляду на досить широку сферу медичних правовідносин вбачаємо потребу в розширенні складів адміністративних правопорушень, що можуть бути підставою застосування

адміністративної відповідальності для захисту прав суб'єктів у сфері охорони здоров'я.

Не менш важливою для забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та відновлення порушених прав є судова форма захисту в порядку цивільного судочинства. Така можливість передбачена ч. 1 ст. 16 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України), де зазначено, що кожна особа має право звернутися до суду за захистом свого особистого немайнового або майнового права та інтересу [559]. В цьому контексті захисту підлягають права на медичну допомогу, якісні медичні послуги та інші майнові і немайнові права у сфері охорони здоров'я.

Так, прикладом цивільно-правових вимог в медичних спорах є справа № 674/638/14-ц та рішення по ній Апеляційного суду Хмельницької області. Відповідно до матеріалів справи до комунальної установи «Дунаєвецька центральна районна лікарня», приватного підприємства Медичний центр «ВІК» було подано позов про визнання дій Дунаєвецької центральної районної лікарні, приватного підприємства Медичного центру «ВІК» протиправними та стягнення моральної шкоди. В обґрунтування вимог позивачі (подружжя) вказали, що жінка була взята на облік в жіночу консультацію на 10 тижні вагітності. За її вагітністю з перших днів взяття на облік, спостерігав завідуючий пологовим відділенням лікар акушер-гінеколог. Під час чергового обстеження на 17 тижні вагітності було призначено певні аналізи для оцінювання ризику хромосомних аномалій плоду. Для здійснення даних досліджень жінку було скеровано для здачі крові в медичний центр «ВІК», в результаті чого подружжю повідомили, що плід розвивається нормально та будь-яких відхилень у розвитку плоду не було виявлено. Пізніше на 32 тижні вагітності, під час чергового проходження УЗД та консультації у лікаря-генетика, було виявлено патології внутрішніх органів плоду та повідомлено вагітній, що переривання її вагітності можливе тільки до 22 тижнів. Внаслідок

«Кесаревого розтину», у позивачів народився син з внутрішніми вадами розвитку центральної нервової системи: відкритою спинномозковою грижею, гідроцефалією та синдромом Арнольда Кіарі II ступеня. Оскільки суд першої інстанції відмовив в позові, позивачі звернулися до Апеляційного суду більш з процесуальною заінтересованістю виграти справу та довести протиправність дій медичних закладів, ніж з матеріальним інтересом, адже позовні вимоги полягали у визнанні дій протиправними та стягнення моральної шкоди в розмірі 1 грн. У результаті апеляційного перегляду справи рішення суду першої інстанції було скасовано, позовні вимоги були задоволені частково, а саме дії працівників центральної районної лікарні та працівників приватного підприємства медичний центр «ВІК» були визнані протиправними, а в стягненні моральної шкоди було відмовлено, оскільки суд зауважив, що доводи апелянтів про те, що якби вони вчасно дізналися про народження хворої дитини, то можливо б перервали вагітність на допустимому терміні вагітності, ґрунтуються на припущеннях [468].

Варто зауважити, що основні способи захисту визначаються у п. 2 ст. 16 ЦК України [559], проте не всі з них можуть застосовуватися при зверненні до суду в межах цивільного судочинства. Найбільш дієвими способами захисту особистих немайнових та майнових прав фізичних осіб у сфері охорони здоров'я є: відшкодування збитків та інші способи відшкодування майнової шкоди, відшкодування моральної (немайнової) шкоди.

Наприклад, поширеним явищем є звернення до суду з вимогою відшкодувати шкоду, що заподіяна здоров'ю чи смертю фізичної особи. Так, у цивільній справі № 2-129/2010 позивач звернувся з вимогою до Городоцької центральної районної лікарні про стягнення матеріальної та моральної (немайнової) шкоди під час пологів, у зв'язку з тим, що у породіллі наступила внутрішньоутробна асфікція (смерть) плода, що спричинило тяжкі наслідки. По факту було порушено кримінальну справу і притягнуто до кримінальної

відповідальності за ознаками ч. 2 ст. 140 КК України завідувача акушерсько-гінекологічного відділення Городоцької ЦРЛ, який неналежно виконував свої професійні обов'язки, несумлінно ставився до них, що при проведенні пологів призвело до смерті плода і спричинило тяжкі наслідки. На підставі цього було заявлено позовні вимоги у розмірі 15 172 грн. 10 коп. матеріальної і 116 000 грн. моральної (немайнової) шкоди. Суд задовольнив позов частково, стягнувши з Комунального закладу Городоцької центральної районної лікарні на користь позивача 3 303 грн. 16 коп. матеріальної та 30 000 грн. моральної (немайнової) шкоди [469].

Слід зауважити, що майновою шкодою можуть бути визнані витрати особи на лікування ушкодження здоров'я, лікарські засоби та інші витрати, що пов'язані з лікуванням. Важливого значення набуває процес доказування в цій категорії справ, доведення фактичного розміру витрат, призначення лікарських засобів медичним працівником, погіршення стану здоров'я внаслідок надання конкретного виду медичної допомоги тощо.

Чимало науковців акцентують увагу на проблемі визначення розміру відшкодування моральної шкоди. Дійсно, судова практика з цього питання є різною і не завжди відповідає принципу пропорційності при призначенні компенсації фізичній особі за душевні страждання, спричинені смертю близьких осіб, каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я. Тому для забезпечення єдиного підходу у цьому питанні слід підтримати пропозицію Н.О. Короткої, яка при визначенні розміру моральної шкоди при порушенні особистих немайнових прав фізичних осіб у сфері охорони здоров'я пропонує враховувати такі критерії: психологічний стан здоров'я особи до та після порушення; соматичний стан здоров'я особи до та після порушення; витрати, які особа понесла у зв'язку з порушенням того чи іншого особистого немайнового права у сфері охорони здоров'я [175, с. 179].

Іншими способами захисту особистих немайнових прав фізичних осіб у сфері охорони здоров'я, хоча й менш застосовуваними, є визнання незаконними рішення, дій чи бездіяльності органу державної влади, органу влади АР Крим або органу місцевого самоврядування, їх посадових і службових осіб; припинення дії, що порушує право (наприклад, порушення права особи на медичну інформацію); визнання правочину недійсним (щодо договорів про надання медичних послуг), а також застосування інших способів захисту, визначених договором, законом чи судом.

Прикладом є справа № 1615/677/2012, відповідно до матеріалів якої позивач звернувся до суду з позовною вимогою визнати неналежними та незаконними дії Кременчуцької міської станції швидкої медичної допомоги по ненаданню реанімаційної швидкої допомоги його батьку. Свої вимоги він мотивував тим, що виїзна бригада станції швидкої медичної допомоги м. Кременчука прибула за викликом, але після огляду його батька діагностувала у нього всі достовірні ознаки біологічної смерті, у зв'язку з чим не були проведені реанімаційні міри. Однак судовим рішенням у позові було відмовлено, оскільки позивачем не надано належних доказів того, що на час приїзду за викликом його батько не знаходився у стані, який визначається як незворотня (біологічна) смерть, та, відповідно, знаходився у критичному для життя стані (клінічна смерть), який би давав підстави для надання йому екстреної медичної допомоги відповідно до протоколу [476].

Окрім позовного провадження в цивільному судочинстві суди розглядають деякі медичні справи в окремому провадженні, зокрема щодо надання особі психіатричної допомоги в примусовому порядку, а також про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу. В цих випадках йдеться про примусову госпіталізацію особи до медичного закладу, надання лікування, продовження такого лікування. Суд, надаючи дозвіл на проведення таких дій, з одного боку виступає гарантом із забезпечення здоров'я

суспільства, оскільки забезпечує від психічних проявів чи загрозливих форм туберкульозу в тих випадках, коли хворі не лікуються добровільно, а з іншого боку забезпечує дотримання прав пацієнта, якому надається медична допомога в примусовому порядку, оскільки їх обсяг є менш широким порівняно з правами пацієнта, який добровільно лікується, не наражаючи на небезпеку інших.

Проаналізувавши окремі категорії справ, що розглядалися судом у цивільному провадженні, слід відмітити, що суд є активним та дієвим суб'єктом, який сприяє правомірній реалізації та захисту прав суб'єктів медичних правовідносин. Однак немає єдиного підходу до оцінки немайнових вимог, тому спостерігаємо досить часто в судовій практиці задоволення позову в значно нижчому розмірі, ніж заявлено, чи взагалі відмову в позові. Така судова практика знецінює життя як вищу соціальну цінність та здоров'я, як найвище благо, адже в більшості випадків заподіяння шкоди життю чи здоров'ю напряду пов'язано з душевними стражданнями та розбалансованістю.

Враховуючи недоліки національного законодавства та процедурних моментів, що значно знижують ефективність судового захисту медичних прав, важливою гарантією забезпечення реалізації прав у сфері охорони здоров'я є можливість звернення до міжнародних інстанцій, зокрема, до ЄСПЛ. Особливістю міжнародного захисту є те, що підставою звернення до ЄСПЛ може бути тільки порушення прав, що гарантовані Конвенцією про захист прав та основних свобод та її Протоколами, а право на охорону здоров'я не міститься в зазначених актах. Утім аналіз практики розгляду справ зазначеною інстанцією доводить, що медичні права людини захищаються опосередковано через інші права і свободи (право на життя, право на свободу та особисту недоторканість, право на повагу до приватного і сімейного життя, право на справедливий судовий розгляд тощо). Зокрема, частими підставами звернення до ЄСПЛ є захист репродуктивних прав (пренатальна діагностика), штучне запліднення, обов'язкова згода пацієнта на лікування чи медичне обстеження, етичні аспекти,



що стосуються ВІЛ-інфекції, зберігання біологічного матеріалу державними органами і права на доступ до інформації про біологічне походження та інші [10].

Правоохоронна та правозахисна діяльність органів прокуратури спрямована, серед іншого, на особисті права та інтереси людини і громадянина, зокрема, й у сфері охорони здоров'я.

На цей орган відповідно до ст. 2 Закону України «Про прокуратуру» покладено такі функції: підтримання державного обвинувачення в суді; представництво інтересів громадянина або держави в суді у визначених випадках; нагляд за додержанням законів органами, що провадять оперативно-розшукову діяльність, дізнання, досудове слідство; нагляд за додержанням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, пов'язаних з обмеженням особистої свободи громадян [431].

Органи прокуратури як суб'єкти забезпечення реалізації медичних прав спрямовують свою діяльність в таких напрямках:

1. Представницька діяльність органів прокуратури – полягає у здійсненні процесуальних та інших дій, спрямованих на захист інтересів громадянина або держави у чітко визначених випадках. Зокрема, прокурор здійснює представництво в суді інтересів громадянина, якщо така особа не спроможна самостійно захистити свої порушені чи оспорювані права або реалізувати процесуальні повноваження через недосягнення повноліття, недієздатність або обмежену дієздатність, а законні представники або органи, яким законом надано право захищати права, свободи та інтереси такої особи, не здійснюють або неналежним чином здійснюють її захист [255, с. 67].

2. Наглядова діяльність – нагляд за додержанням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, зокрема, за додержанням:

– прав і свобод людини, загальних інтересів суспільства і держави при виконанні покарань та інших заходів примусового характеру, пов'язаних з обмеженням особистої свободи, а також пробації відповідно до законів України, міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України;

– визначених законодавством вимог режиму, порядку та умов тримання затриманих осіб, а також осіб, до яких застосовано запобіжні заходи у вигляді тримання під вартою, поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають їхню небезпечну поведінку та інші заходи примусового характеру тощо [422].

Варто зауважити, що у випадках здійснення представницьких функцій прокурор, звертаючись до суду для захисту інтересів держави, повинен обов'язково довести, що є підстави для такого звернення, які полягають в загрозі порушення інтересів держави, якщо захист цих інтересів не здійснює або неналежним чином здійснює орган державної влади, орган місцевого самоврядування чи інший суб'єкт владних повноважень, до компетенції якого віднесені відповідні повноваження, а також у разі відсутності такого органу. В судовій практиці є прецеденти, коли прокурорам відмовляли у зверненні до суду, оскільки аргументація щодо підстав звернення була необґрунтованою. Наприклад, звернення прокурора до суду з причин порушень публічних закупівель. Прокурор не може обґрунтовувати підставу свого звернення відсутністю органу, який уповноважений здійснювати функції держави у сфері закупівель, оскільки таких органів декілька (Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства, Державна аудиторська служба України, Рахункова палата та ін.).

Отже, судові органи та прокуратура вирішують широке коло завдань, пов'язаних із захистом медичних прав. Однак з метою належного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та застосування заходів впливу на

порушників медичних прав дії цих суб'єктів мають бути збалансовані та взаємоузгоджені. До того ж відсутність узагальненої судової практики з медичних справ унеможливорює застосування однакового підходу та єдиного бачення особливостей розгляду судами справ у цій сфері.

### **3.5. Вплив громадських об'єднань та інших суб'єктів на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

В умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я важливо використовувати потенціал громадських організацій і налагоджувати співпрацю з органами державної влади. Однак сьогодні в Україні представники професійної громадськості не мають достатніх важелів впливу на формування державної політики, а потенціал співпраці «держава-громадянське суспільство» використовується неповною мірою.

Особливо гостро постає вказана проблема на фоні масового незадоволення населення України якістю медичного обслуговування, яке вони одержують (згідно з даними опитування, проведеного Інститутом Горшеніна, 80 % українців незадоволенні якістю медичної допомоги). До інших актуальних проблем охорони здоров'я дослідники відносять низьку якість медичних послуг (18,2 %), низьку зарплату фахівців (16,2 %), байдужість лікарів (15,1 %), хабарі (12,8 %), поганий стан лікарень (10,8 %), велику завантаженість лікарів (6,2 %) [138].

На думку Президента Української Федерації громадських організацій сприянню охорони здоров'я громадянського суспільства, сьогодні в Україні спостерігається:

– відсутність громадської системи захисту прав споживачів медичних послуг, виробів і товарів медичного призначення, а також системи захисту

медичних працівників при наявності ослаблення принципів «загальнодоступності» складає чимало проблем у стосунках між лікарем і пацієнтом;

– слабка, а іноді й повна відсутність участі громадських організацій у розробці проєктів державних документів, стосовно проблем реформування системи охорони здоров'я, медичної науки, вищої медичної школи, медичної та фармацевтичної промисловості призводять до того, що значна більшість державних програм, підзаконних актів, розпоряджень і наказів мають формальний характер [511].

Проведений громадськістю моніторинг зазначеного питання викликає більше ніж просто стурбованість. Звичайно, що налагодження співпраці «держава-громадянське суспільство» не зможе вирішити всіх проблем галузі охорони здоров'я, однак дозволить організувати діалог між представниками органів державної і місцевої влади та громадянського суспільства. Відтак, громадяни зможуть висловити своє бачення і шляхи розв'язання існуючих проблем у цій царині, дати незалежну оцінку чинній нормативно-правовій базі та реалізації її положень на практиці, висловити свої пропозиції щодо вдосконалення законодавства України про охорону здоров'я [138].

Для цього слід залучати громадські організації до питань впровадження здорового способу життя населення, при умові обов'язкового громадського контролю за використанням бюджетних та «благодійних» коштів. Це допоможе зняти формальне рішення цієї проблеми, надасть їй статус загальнодержавної. Слід також активізувати діяльність громадських організацій в управлінні охороною здоров'я в межах існуючого законодавства України; стимулювати подальший розвиток участі громадських об'єднань у формуванні державної політики, стосовно захисту здоров'я населення та навколишнього середовища України; підвищити роль громадських організацій у реформуванні економічних засад системи охорони здоров'я; сприяти розвитку міжнародного

співробітництва з громадськими об'єднаннями в напрямі сприяння здоров'ю населення та оздоровлення навколишнього середовища.

Як слушно зазначає І. В. Чеховська, взаємодія з громадськими організаціями дозволяє об'єднувати наявні ресурси усіх суб'єктів діяльності, визначати сферу специфіки кожного суб'єкта, підвищувати ефективність роботи, оптимізувати діяльність та уникати її дуплікації. Вона також сприяє гармонізації та уніфікації стандартів, виявленню кращих практик, технологій і методик та їх поширенню для подальшого впровадження [563, с. 239].

До основних напрямів налагодження співпраці між представниками органів державної влади та громадянського суспільства у сфері охорони здоров'я І. Я. Сенюта відносить: 1) організацію спільних круглих столів, конференцій, інших заходів, присвячених обговоренню шляхів удосконалення нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я; 2) повідомлення зацікавлених суб'єктів (спеціалізованих вишів, профспілкових організацій, аналітично-експертних установ, об'єднань громадян) про розміщення проєктів нормативно-правових актів на сайтах органів державної влади та про початок їх громадського обговорення; 3) недопущення формального підходу до громадського обговорення проєктів нормативно-правових актів; 4) заохочення активної дискусії представників професійної громадськості щодо законодавчих змін; 5) врахування при розробленні нормативно-правових актів аналітичних довідок та рекомендацій представників громадянського суспільства; 6) заохочення укладання договорів про співпрацю з громадськими організаціями, які працюють у сфері охорони здоров'я, на загальнодержавному та місцевому рівнях; 7) заохочення спільної організації та проведення правопросвітницьких та науково-практичних заходів з представниками громадянського суспільства [138].

І. В. Чеховська пропонує основними напрямками співпраці вважати: спільну роботу над формуванням державних документів; проведення аналізу

законодавства, виявлення колізій, суперечностей; лобіювання прийняття розроблених документів з необхідним фінансуванням для їх реалізації, моніторингу та оцінки; делегування надання послуг з боку держави громадським організаціям; співучасть у роботі дорадчих органів, обласних радах, урядових комісіях; співучасть у міжнародних програмах, у розробці міжнародних нормативно-правових актів [563, с. 240].

На думку В. В. Лещенко такими формами співпраці можуть бути: участь у розробці концепцій, принципів і програм розвитку охорони здоров'я; у формуванні політики і стратегії реформування сфери охорони здоров'я; у розробці і реалізації медичних програм, у роботі органів охорони здоров'я різних рівнів; у здійсненні контролю за ринком лікарських засобів; у проведенні експертиз; у виконанні міжнародних проєктів і заходів медичного характеру; в роз'яснювальній роботі; підготовці медичних кадрів; в інформаційному забезпеченні професійної медичної діяльності тощо [200, с. 7]. Вчений вважає, що передача частини повноважень громадськості дасть змогу відродити представницьку демократію в такому важливому соціальному секторі, як охорона здоров'я, розширить соціальну єдність і встановить кращий баланс інтересів та партнерство між різними її учасниками, що приведе до поліпшення функціонування системи охорони здоров'я загалом [200, с. 1].

Вважаємо, що важливою є також співпраця з бізнесом в рамках державно-приватного партнерства. Зразок меморандуму наведено у додатку (Додаток Г).

Державно-приватне партнерство в Україні перебуває на етапі становлення. Нормативною основою його розвитку є Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI [356].

Міжнародна практика містить чимало позитивних прикладів функціонування державно-приватного партнерства, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Так, завдяки державно-приватній співпраці у Великобританії відкрили 130 клінік, лікування у них за спеціальними програмами доступне практично

кожному британцеві. За такою схемою в Німеччині кількість приватних клінік за три роки зростає з 4 до 24 %. Позитивний приклад цих іноземних держав може запозичити й Україна [138]. І. Я. Сенюта вважає, що слід стимулювати розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні. Для цього, на думку ученої, слід заохочувати до укладання договорів державно-приватного партнерства; передавати об'єкти державної і комунальної власності у користування приватному партнеру для виконання умов договору державно-приватного партнерства; сприяти створенню приватним партнером закладів охорони здоров'я на базі об'єктів державної чи комунальної власності. При цьому, зауважує вчена, слід провести аналіз та затвердити перелік першочергових потреб населення у сфері охорони здоров'я, які повинні враховуватися при укладенні державно-приватних договорів [138].

Розробники проекту закону України «Про захист прав пацієнтів» [408] пропонують наділити громадські об'єднання функціями громадського контролю. Вони вважають, що такий контроль можуть здійснювати громадські об'єднання медичних (фармацевтичних) працівників, об'єднання пацієнтів та / або членів їхніх родин, інші громадські об'єднання.

Для виконання таких функцій, автори проекту закону, пропонують наділити громадські об'єднання правом пред'являти позови в суди; представляти інтереси пацієнта в суді чи органах позасудового розгляду скарг і претензій пацієнта у спосіб, який не суперечить чинному законодавству; одержувати необхідну інформацію, яка відноситься до захисту прав пацієнтів; вносити пропозиції щодо поліпшення реалізації і захисту прав пацієнтів та підвищення якості медичних послуг.

Автори Квартального звіту Аналітико-експертного центру досліджень у сфері громадського здоров'я при ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» вважають, що основними формами участі громадськості у сфері охорони здоров'я мають бути: громадські слухання, інформування, громадський

контроль, проведення громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади [138].

Щодо останньої форми співпраці варто зазначити, що контроль за якістю медичної допомоги в Україні здійснюють клініко-експертні комісії, що створюються при МОЗ України, МОЗ АР Крим, управліннях (головних управліннях) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністраціях, управліннях (відділах) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування. Відповідно до п. 13 Порядку контролю та управління якістю медичної допомоги, затвердженого Наказом МОЗ України від 26.03.2009 № 183 [309], до складу цих органів можуть залучатися представники професійних медичних асоціацій, асоціацій захисту прав споживачів, громадських організацій. Як бачимо, законодавцем передбачено право органу залучати представників громадянського суспільства до складу клініко-експертних комісій (далі – КЕК), проте на практиці воно практично не реалізується. Як наслідок, пацієнту складно захистити своє право на належну якість медичної допомоги, отримати неупереджений висновок та довести факт порушення медичними працівниками стандартів надання медичної допомоги.

На думку І. Я. Сенюти, найдієвішим шляхом вирішення цієї проблеми є трансформація права в обов'язок залучати представників громадянського суспільства до складу КЕК. Залучення представників громадськості до складу органів, що здійснюють контроль якості медичної допомоги, вважає вчена, сприятиме захисту прав пацієнта, недопущенню зловживань з боку медичних працівників, слугуватиме прозорості й відкритості діяльності та забезпечуватиме баланс інтересів медичного працівника і пацієнта. З метою уникнення зловживань та для забезпечення прозорості і відкритості процедури залучення представників громадянського суспільства до складу комісій, які здійснюють контроль якості медичної допомоги, І. Я. Сенюта пропонує



визначити чіткий механізм їх залучення. На її думку, слід встановити критерії допустимості для об'єднань громадян, які претендують на делегування своїх представників до складу КЕК: 1) реєстрація у встановленому законом порядку та внесення до «Єдиного реєстру громадських формувань України»; 2) у статутних документах об'єднання має зазначатись, що пріоритетним напрямом (одним із напрямів) його діяльності є сфера охорони здоров'я; 3) тривалість діяльності об'єднання має становити не менше 3 років [138].

Усі громадські формування, що відповідають вказаним вище критеріям, становитимуть єдиний загальний список громадських формувань, допущених до участі у здійсненні контролю якості медичної допомоги (далі – Загальний список), складений в алфавітному порядку. Окрім Загального списку, слід скласти списки громадських формувань, допущених до участі у здійсненні контролю якості медичної допомоги (далі – Регіональні списки) за територіальною ознакою, тобто поділені по областях за місцем знаходженням об'єднань. Обов'язок формування Загального та Регіональних списків і надсилання їх до МОЗ України (Загального списку) та МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування (Регіональних списків) до кінця січня поточного року слід покласти на Міністерство юстиції України. При обранні представника громадянського суспільства, який братиме участь у засіданні КЕК МОЗ України в кожному конкретному випадку, повинен використовуватись Загальний список, а для участі в засіданні КЕК МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування – відповідний Регіональний список. Обрання представника для розгляду конкретного випадку

повинно здійснюватися автоматизованою системою за принципом вірогідності [138].

Автори Квартального звіту Аналітико-експертного центру досліджень у сфері громадського здоров'я при ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» пропонують закріпити мультидисциплінарність комісій, що здійснюють контроль якості медичної допомоги і наводять аргументи на користь такого перетворення:

– у наказі МОЗ України від 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» визначено перелік показників якості медичної допомоги, одним з яких є ступінь задоволення пацієнта отриманою медичною допомогою. Очевидно, що медичні працівники, які входять до складу КЕК, не можуть об'єктивно оцінити якість медичної допомоги за цим критерієм. Адже «незадоволення» пацієнта може бути викликане не лише неправильно поставленим діагнозом, невчасно наданою медичною допомогою, а й порушенням лікарем деонтологічних норм. Очевидно, що у таких категоріях справ, які виносяться на розгляд комісії, необхідно залучати до її складу фахівців зі сфери біоетики;

– певні особливості притаманні розгляду питань щодо належної якості медичної допомоги, наданої паліативним хворим, адже вона поєднує в собі як медичний, так і соціальний компонент. Відтак, доцільно залучати до складу КЕК, що здійснює розгляд таких питань, соціального працівника;

– оцінити якість медичної допомоги з правової точки зору допоможе юрист, залучений до складу міждисциплінарної КЕК [138].

Підсумовуючи наведене вище вважаємо за доцільне налагодження ефективної співпраці на всіх рівнях: загальнодержавному, регіональному та локальному.

Варто зазначити, що вагому роль у розробці нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я відігравала Дорадча рада при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка формувалась з провідних вчених та юристів-практиків, сферу інтересу яких становить медичне право. До складу Дорадчої ради при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я також залучалися представники медичної спільноти. Спільними зусиллями ці фахівці працювали над розробкою занопроєктів у сфері охорони здоров'я [259].

Також активно працює Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Національна координаційна рада боротьби з наркоманією при КМУ, Громадська гуманітарна рада з питань охорони здоров'я, фізичної культури та екологічної безпеки при Президентові України [138].

При центральному органі виконавчої влади України у сфері охорони здоров'я функціонує низка консультативно-дорадчих органів, зокрема Громадська рада при МОЗ України, Вчена медична рада МОЗ України, Рада молодих вчених при МОЗ України, Громадська рада при МОЗ України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій, Рада для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я [275]. До складу цих органів входять представники громадянського суспільства. Всі вони наділені консультативно-дорадчими функціями.

Так, відповідно до п. 1 Типового положення про громадську раду при міністерстві, іншому центральному органі виконавчої влади, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласній, Київській та Севастопольській міській, районній, районній у м. Києві та Севастополі державній адміністрації, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010

року [536] громадська рада при міністерстві є тимчасовим консультативно-дорадчим органом, утвореним для сприяння участі громадськості у формуванні та реалізації державної, регіональної політики. Основними завданнями громадської ради є сприяння реалізації громадянами конституційного права на участь в управлінні державними справами, врахуванню органом виконавчої влади громадської думки під час формування та реалізації державної, регіональної політики, залученню представників заінтересованих сторін до проведення консультацій з громадськістю. Наступними завданнями громадської ради є проведення відповідно до законодавства громадського моніторингу за діяльністю органу виконавчої влади та здійснення підготовки експертних пропозицій, висновків, аналітичних матеріалів з питань формування та реалізації державної, регіональної політики [536]. Завдання громадської ради при будь-якому міністерстві є спільними для всіх громадських рад. Водночас, громадська рада при МОЗ України має специфіку своєї діяльності.

Характеризуючи сутність громадського контролю, С. Ф. Денисюк зазначає, що громадський контроль, на відміну від контролю державних органів та органів місцевого самоврядування, найчастіше проводиться в опосередкованій формі, коли контролююча структура (суб'єкт) через певні державні органи впливає на стан справ у тій або іншій сфері контролю [83, с. 47]. Тобто громадська рада при міністерстві, яка формується з представників громадських організацій, впливає на стан справ у сфері охорони здоров'я через МОЗ України.

Згідно із п. 3 Положення про громадську раду при МОЗ України, затвердженому наказом МОЗ України від 16 січня 2018 року громадська рада проводить відповідно до законодавства громадську експертизу діяльності МОЗ України та громадську антикорупційну експертизу нормативно-правових актів та проектів нормативно-правових актів, які розробляє МОЗ України, здійснює громадський контроль за врахуванням МОЗ України пропозицій та зауважень

громадськості. Також громадська рада забезпечує громадський контроль за дотриманням принципів законності, прав пацієнтів і медичних працівників, етичних норм у діяльності органів і закладів охорони здоров'я, надає пропозиції щодо удосконалення організації системи охорони здоров'я [386].

Таким чином, діяльність громадської ради при МОЗ України спрямована на здійснення контролю за дотриманням законодавства під час прийняття та реалізації управлінських рішень і правових актів МОЗ України [242. с. 72].

Наступним важливим напрямом діяльності громадської ради є внесення пропозицій щодо прийняття певних нормативно-правових актів МОЗ України. Правові засади створення і роботи громадської ради при НСЗУ закріплені у Законі України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» [352] та Положенні про раду громадського контролю при НСЗУ, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 [389]. Відповідно до ст. 7 Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» з метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю НСЗУ утворюється Рада громадського контролю, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі 15 осіб, які переобираються кожні два роки. Дана рада заслуховує інформацію про діяльність, виконання завдань НСЗУ, розглядає звіти цієї служби і затверджує свій висновок щодо них та має інші права, передбачені Положенням про Раду громадського контролю [352]. Отже, основним напрямом діяльності цієї ради є контроль за дотриманням законодавства в роботі НСЗУ. Згідно з п. 5 Положення про Раду громадського контролю при НСЗУ вказана рада заслуховує інформацію про діяльність та виконання завдань НСЗУ, розглядає звіти НСЗУ і затверджує свій висновок щодо них, здійснює громадський контроль за витрачанням коштів державного бюджету, розпорядником яких є НСЗУ, проводить відповідно до законодавства громадську експертизу діяльності НСЗУ [389].

Таким чином, основним напрямом контролю громадської ради є витрачання коштів державного бюджету, розпорядником яких є НСЗУ. О. В. Джафарова слушно зазначає, що контроль стає «громадським» не тоді, коли представник громадськості дізнається про певні порушення, а тоді, коли він цю інформацію оприлюднює, повідомляє суспільству. При цьому невід'ємним елементом контролю, який може зробити його дієвим, а не декларативним – є реагування органів влади на виявлені порушення, їх усунення та недопущення надалі [97, с. 125]. Отже, у разі виявлення представниками громадськості порушень законодавства в діяльності закладів охорони здоров'я або органів управління системою охорони здоров'я, відповідні звернення повинні бути направлені до правоохоронних органів. За результатами перевірки інформації, що міститься у зверненнях представників громадськості, можуть бути зареєстровані кримінальні провадження або складені протоколи про адміністративні порушення.

На регіональному рівні керівництво сферою охорони здоров'я здійснюють управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, а також управління (відділи) охорони здоров'я, міських, районних органів місцевого самоврядування. Співпраця між цими органами та представниками громадянського суспільства відбувається шляхом спільного проведення право-просвітницьких заходів, укладання договорів про державно-приватне партнерство. Отже, можна стверджувати, що йдеться про представницькі функції громадських об'єднань (організацій) у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

Президент Української Федерації громадських організацій сприянню охорони здоров'я громадянського суспільства В. Загородній вважає за доцільне об'єднати на добровільній основі (при збереженні юридичної і господарської самостійності) громадські організації, асоціації, благодійні фонди в єдину громадську організацію – Українську Федерацію охорони здоров'я [511]. Така

Федерація на основі передової вітчизняної науки та світового досвіду зможе створювати та пропонувати для подальшої роботи громадських організацій єдину методологію, сучасні методичні підходи їх діяльності, концентрувати накопичений потенціал досвіду їх роботи для використання його в реалізації завдань, визначених їх Статутами. Також передбачається активна участь Української Федерації охорони здоров'я в подальшому розвитку питань удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників установ, закладів і підприємств усіх форм власності.

На підставі об'єднання недержавних ЗМІ, заснованих громадськими організаціями, Федерація отримає можливість більш ефективно пропагувати необхідність реформування системи охорони здоров'я, її мету і засоби здійснення серед різних груп населення, включаючи політиків, підприємців, робітників провідних галузей промисловості, сільського господарства [511].

В. Загородній також пропонує створити територіальні громадські Ради сприяння охорони здоров'я на принципах делегування в ці Ради членів існуючих на території області, міста, району громадських об'єднань, асоціацій, фондів, тощо.

На підставі створених громадських Рад, на його думку, слід побудувати чітку загальнодержавну систему сприяння громадських організацій управлінню охороною здоров'я:

- на рівні країни – Українську Федерацію громадських організацій сприяння охороні здоров'я населенню, яка буде тісно співпрацювати з МОЗ України;

- на рівні АР Крим, Києва та Севастополя – громадські Ради, які будуть тісно співпрацювати з МОЗ АР Крим, ГУОЗ міст Києва та Севастополя;

- на рівні областей – громадську Раду, яка буде тісно співпрацювати з обласним управлінням охорони здоров'я;

– на рівні міст обласного підпорядкування – громадську Раду, яка буде тісно співпрацювати з міським відділом (управлінням) охорони здоров'я;

– на рівні міст і сільських районів – громадську Раду, яка буде тісно співпрацювати з Центральною місцевою лікарнею чи з Центральною районною лікарнею.

Автор також вважає, що Громадські Ради, професійні Асоціації, чи їх об'єднання повинні безпосередню брати участь в роботі державних комісій по ліцензуванню, акредитації та атестації установ, закладів, підприємств медичного, стоматологічного, фармацевтичного профілю незалежно від форми їх власності, науковій експертизі нової медичної техніки та виробів медичного і іншого призначення, які можуть завдати шкоду здоров'ю населенню, роботі тендерних комісій різних рівнів, відстоювати свою думку щодо результатів спільної роботи та прийнятих рішень державних комісій, а при незгоді з цими рішеннями – оскаржувати їх у встановленому законодавством порядку [511].

Планується також створення наукової громадської експертизи медичних послуг, товарів та виробів медичного призначення, проведення якої може бути ініційоване громадськими об'єднаннями, споживачами чи фахівцями-виробниками послуг, товарів, виробів медичного призначення. Передбачається створити чітку систему захисту прав споживачів на громадських засадах, обґрунтувати обсяги та юридичні можливості її діяльності, розробити спільно з державними органами охорони здоров'я заходи, щодо впровадження цієї системи в життя [511].

Федерація, на думку В. Загороднього, буде сприяти запровадженню ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я, формуванню керованого ринку медичних послуг, удосконаленню механізмів державного регулювання цін на медичні послуги, лікарські засоби, медичне обладнання та вироби медичного призначення, узагальненню досвіду створення лікарняних кас при закладах охорони здоров'я за рахунок добровільних внесків



підприємств, установ та окремих громадян; ініціюванню питання щодо можливості поширення такого досвіду у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності [511].

Слід зазначити, що слабкою ланкою у структурі співпраці органів влади з громадськістю у сфері охорони здоров'я є локальний рівень. Сьогодні у закладах охорони здоров'я практично відсутні представники громадських об'єднань (організацій), які б захищали права та законні інтереси пацієнтів. Можливість їх створення передбачена у ч. 2 ст. 24 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [272]. Спробою змінити цю ситуацію стала розробка проекту Закону України «Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я», у якому передбачено обов'язкове створення при державних та комунальних закладах охорони здоров'я громадських наглядових рад, завданням яких є сприяння організації належної діяльності таких органів та закладів, інформованості населення про цю діяльність, а також громадський контроль за роботою зазначених закладів [274].

Окрім цього, на виконання п. «г» ст. 7 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» законодавцем включено до органів управління державних і комунальних підприємств такий орган корпоративного управління як наглядова рада [272].

Однак зауважимо, що законодавцем не встановлено вимог та критеріїв, до створення такої ради комунального некомерційного підприємства. Відтак, кожна територіальна громада має розробити свої умови створення наглядових рад у комунальних некомерційних підприємствах своєї територіальної громади. На нашу думку, компетенція наглядової ради, її кількісний склад, порядок скликання, проведення засідання, прийняття рішень та інші питання внутрішньої організації діяльності наглядової ради можуть бути визначені в статуті підприємства та положенні про наглядову раду. Отже, у закладах охорони здоров'я – комунальних некомерційних підприємствах наглядова рада

буде створюватися лише у тому разі, коли таке підприємство буде відповідати критеріям, прийнятим відповідною територіальною громадою.

Також відповідно до п. «в» ст. 7 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [272] і ч. 5 ст. 24 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [272] Кабміном України затверджено Постанову «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 № 1077, у якій «визначено механізм утворення спостережної ради закладу охорони здоров'я як наглядового органу закладу охорони здоров'я державної або комунальної форми власності, що надає медичну допомогу вторинного та/або третинного рівня, з яким головним розпорядником бюджетних коштів укладено договір про медичне обслуговування населення» [439].

Згідно з п. 3 Порядку утворення спостережної ради закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабміну України від 27.12.2017 № 1077 [399], кількість спостережної ради повинна становити 15 осіб, з яких представників громадськості – від одного до восьми, управління з питань охорони здоров'я місцевої адміністрації або місцевої ради – від одного до чотирьох, депутатів місцевої ради – від одного до двох, та один представник власника.

Як передбачено у п. 6 вказаного Порядку [399] член спостережної ради повинен відповідати таким вимогам, як бездоганна ділова репутація, наявність професійних знань, вищої освіти, досвіду роботи у сфері охорони здоров'я, зокрема захисту прав пацієнтів, відсутність непогашеної судимості. Наступною вимогою до члена спостережної ради є відсутність реального або потенційного конфлікту інтересів, що може вплинути на об'єктивність і неупередженість прийняття рішень спостережною радою, зокрема відсутність трудових відносин із закладом охорони здоров'я [399].

Отже, формування спостережної ради характеризується особливими вимогами як до кількості осіб, які можуть увійти до її складу, так і до професійних, ділових і моральних якостей таких громадян [242, с. 72].

Як передбачено у п. 5 Типового положення про спостережну раду закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077 [439], до її компетенції належить розгляд питань про дотримання вимог законодавства під час здійснення медичного обслуговування населення, в тому числі прав пацієнта, забезпечення безпеки пацієнта, результатів фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я. Спостережна рада подає пропозиції власнику та керівнику закладу охорони здоров'я щодо вжиття заходів для усунення виявлених порушень та підвищення рівня забезпечення безпеки пацієнтів у закладі охорони здоров'я. Для виконання покладених на неї повноважень члени спостережної ради мають право на доступ до інформації та матеріалів, необхідних для розгляду питань, що належать до її компетенції, протягом п'яти робочих днів з дати надсилання письмового запиту голови спостережної ради на ім'я керівника закладу охорони здоров'я [399]. Таким чином, основні повноваження спостережної ради спрямовані на здійснення контролю за дотриманням законодавства у закладі охорони здоров'я. Наявність громадського контролю повинна бути гарантією дотримання прав пацієнта [242, с. 72].

Законодавцем передбачено також порядок створення спостережної ради, який складається з трьох етапів [439].

При закладах охорони здоров'я з метою сприяння їх діяльності можуть утворюватися також опікунські ради. Опікунська рада при закладі охорони здоров'я є громадським консультативно-дорадчим органом, створеним з метою забезпечення права громадян на участь в управлінні та здійсненні громадського нагляду в сфері охорони здоров'я.

До складу опікунської ради (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, ЗМІ, волонтери тощо. Рішення про створення опікунської ради при закладі охорони здоров'я та положення про неї затверджуються наказом керівника закладу охорони здоров'я або уповноваженого органу.

Порядок функціонування, права та обов'язки опікунської ради визначаються положенням про опікунську раду, Наказом МОЗ України від 23.02.2014 № 517, примірним положенням про опікунську раду при закладі охорони здоров'я [402].

Оскільки положення є примірним, воно має виключно рекомендаційний характер. За необхідності на опікунську раду можуть бути покладені й інші функції, в межах не заборонених законом.

Опікунська рада – це дорадчий орган. Його завдання – брати участь у розробці стратегії розвитку лікарні і допомагати її реалізовувати. Звичайно, зусиллями опікунської ради можна залучати і матеріальні ресурси. Але в умовах реформи на перший план виходить можливість і бажання його учасників поділитися своїм досвідом – в управлінні, у прийнятті бізнес-рішень, у побудові команди, у маркетингу, розвитку сервісу тощо.

Це орган, який поєднує у собі консультативні, наглядові, представницькі функції, а також допомагає втілити на практиці пріоритети й очікування громади, для якої працює заклад. Це не означає, що члени опікунської ради залучені щодня в усі організаційні процеси. Вони мають вирішувати питання: що в лікарні слід зробити для поліпшення результатів, спільно залучати й розподіляти ресурси для якісного лікування тощо.

Для лікарень це – унікальний шанс. Коли в країні бракує компетентних управлінців із медичної сфери за допомогою опікунської ради можна

скористатися досвідом бізнесу, громадських організацій, пацієнтських об'єднань – тих, хто вже вмів будувати і розвивати працюючі системи.

Зараз медична субвенція поступово замінюється прямою оплатою послуг кожному медичному підприємству. І якщо раніше головний лікар відповідав за медичну частину роботи і приймав тільки деякі управлінські рішення, то тепер йому треба самостійно організовувати всю роботу медичного закладу, навчитися балансувати між якістю медичних послуг, сервісом, і ефективним використанням ресурсів. Це досить складне завдання для тих, кого готували до роботи в умовах обмежених можливостей, по суті – виконувати розпорядження, що надходять зверху.

Виходить, що опікунська рада – це той самий ресурс, якого бракує, який мотивовано і безкоштовно можуть дати лікарням самі жителі громад. Вони здатні допомогти вчорашній бюджетній установі стати успішним підприємством. Другий важливий ресурс, який дає опікунська рада – це комунікація із зовнішнім світом і можливість залучення додаткових ресурсів (не тільки матеріальних).

Отже, якщо ставити за мету обирати колегіальне управління і контроль головного лікаря доцільно створювати наглядову раду. Якщо мета поліпшення медичного обслуговування полягає у здійсненні контролю за витрачанням коштів, то слід створити спостережну раду. Якщо метою є розвиток медичного закладу, контроль за благодійними коштами, комунікація із бізнесом та різними рівнями влади, то слід створювати опікунську раду.

### Висновки до розділу 3

Результати дослідження правового статусу суб'єктів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дають підстави для формулювання таких висновків:

1. Визначено основних суб'єктів, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я, вказано на недоліки в їх діяльності та обґрунтовано потребу у перегляді механізму організаційно-управлінської діяльності державних органів, їх координації та взаємодії.

Проаналізовано основні функції Верховної Ради України (законодавча, установча, представницька, парламентський контроль) у сфері охорони здоров'я, в результаті чого обґрунтовано необхідність розробки чіткого механізму виконання приписів суб'єктів парламентського контролю державними органами, яким вони адресуються, а у разі виявлення невідповідності діяльності державних органів нормам законодавства, вирішення питань щодо їх відповідальності. Пріоритетними функціями парламенту в сфері охорони здоров'я визначені законотворча та установча, оскільки цей державний орган займається розробкою нормативних актів у сфері охорони здоров'я, визначенням стандартів та регуляторів у медичній галузі, формуванням державних органів, необхідних для підтримання охорони здоров'я у державі, їх фінансуванням, цим самим формуючи державну політику в сфері охорони здоров'я та забезпечує її реалізацію через надані контрольні функції.

Доведено, що Уповноважений Верховної Ради України з прав людини є активним суб'єктом захисту прав громадян в медичній сфері, зокрема щодо порушення прав на медичну допомогу та якості надаваних медичних послуг; порушення трудових прав медичних працівників; порушення прав громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, на безоплатну медичну допомогу; порушення прав громадян на закордонне лікування; порушення прав

громадян на медичну допомогу у місцях несвободи тощо. Оскільки сфера правовідносин, в яких омбудсмен виступає учасником, є досить обширною, доведено необхідність створення посади спеціалізованого Омбудсмена з охорони здоров'я. Вказано, що Омбудсмен з охорони здоров'я – це має бути посадова особа, на яку Кабінетом Міністрів України покладено виконання завдань із захисту прав у сфері охорони здоров'я. Основними завданнями Омбудсмена з охорони здоров'я повинні бути: сприяння реалізації державної політики, що спрямована на забезпечення права людини на отримання якісної медичної допомоги; здійснення заходів щодо додержання законодавства у сфері охорони здоров'я; забезпечення дотримання державних програм медичних гарантій; контроль якості надання населенню України необхідних медичних послуг і лікарських засобів; сприяння виконанню Україною міжнародних зобов'язань щодо дотримання в Україні прав людини на охорону здоров'я.

2. Встановлено, що Президент України здійснює переважно контролюючі та координуючі функції з метою впливу на стан функціонування органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Президент через функцію контролю опосередковано впливає на формування фінансових потоків у медичній галузі (щодо підготовки проекту Державного бюджету України, фінансування програм у сфері охорони здоров'я). Комплексний аналіз конституційних норм дозволяє зробити висновок, що взаємодія Президента України з Верховною Радою України відбувається завдяки таким процедурам: 1) законотворчість; 2) формування органів управління у сфері охорони здоров'я; 3) дострокове припинення повноважень Верховної Ради України чи Президента України; 4) комплексна реалізація контрольних повноважень; 6) введення надзвичайного стану, підставою чого може бути загроза здоров'ю населення тощо.

На підставі аналізу повноважень МОЗ України та його структурних підрозділів зроблено висновок про необхідність оптимізації системи, функцій,

компетенції та повноважень структурних одиниць, оскільки, приміром, на контролюючих суб'єктів у сфері охорони здоров'я покладаються повноваження з контролю і нагляду, об'єкт яких є спільним, хоча різнитися може предмет контролю або різні аспекти його прояву.

3. Акцентовано увагу на особливій природі функцій місцевого самоврядування, які характеризуються автономним режимом. Зазначено, що органи місцевого самоврядування повинні бути провідниками національної стратегії та державної політики у сфері охорони здоров'я на місцях. Водночас повноваження і функції центральних органів та органів місцевого самоврядування мають бути чітко окреслені з метою уникнення їх дублювання та конфлікту інтересів, вирішення спірних питань та закріплення відповідальності в межах своїх повноважень за стан здоров'я територіальних громад.

Підкреслено, що в умовах децентралізації повноваження, які пов'язані з епідеміологічною ситуацією в країні є надзвичайно важливими, потребують швидкого реагування та миттєвих дієвих заходів і мають бути зосереджені на державному, а не місцевому рівні. Тому важливим є збереження державного бюджетного фінансування стосовно цього напрямку.

4. Вказано на окремі недоліки в діяльності судових органів та прокуратури щодо захисту прав у сфері охорони здоров'я. Так, більшість справ закриваються на стадії досудового розслідування у зв'язку з відсутністю складу злочину або події злочину; незахищеність лікарів в суді, оскільки на законодавчому рівні відсутнє визначення поняття «медичної помилки», алгоритму її класифікації; відсутність узагальненої судової практики з медичних справ, що унеможлиблює застосування однакового підходу та єдиного бачення особливостей розгляду судами справ у цій сфері. Обґрунтовано ефективність захисту медичних прав до ЄСПЛ, але опосередковано через інші



права і свободи (право на життя, право на свободу та особисту недоторканість тощо), що гарантуються Конвенцією про захист прав та основних свобод.

5. Запропоновано визначення громадського контролю у сфері охорони здоров'я як діяльності окремих громадян та громадських організацій зі здійснення нагляду за дотриманням законності в діяльності органів управління та закладів охорони здоров'я, розробки пропозицій з покращення надання медичних послуг. Вказано, що до органів громадського контролю у сфері охорони здоров'я відноситься громадська рада при МОЗ України, рада громадського контролю при НСЗУ та спостережні ради при закладах охорони здоров'я. Основним змістом їх повноважень є здійснення контролю за дотриманням законодавства в діяльності певного органу влади або закладу охорони здоров'я. Проаналізовано функції громадськості у сфері охорони здоров'я на загальнодержавному, регіональному і локальному рівнях. З'ясовано, що вони наділені переважно консультативно-дорадчими та представницькими функціями.

Запропоновано визначити чіткий механізм залучення громадських об'єднань (організацій) до складу органів, які здійснюють контроль якості медичної допомоги. Визначено критерії відбору таких об'єднань (організацій). До них віднесено: обов'язкову реєстрацію у встановленому законом порядку та внесення до «Єдиного реєстру громадських формувань України»; зазначення у статутних документах напряму діяльності (сфера охорони здоров'я); термін дії такого об'єднання (організації) не повинен бути меншим ніж 5 років.

Виокремлено форми участі громадськості у сфері охорони здоров'я. До них віднесено: громадські слухання, інформування, громадський контроль, проведення громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади.

Підтримано думку щодо доцільності:

– об'єднання на добровільній основі (при збереженні юридичної і господарської самостійності) громадських організацій, асоціацій, благодійних

фондів в єдину громадську організацію – Українську Федерацію охорони здоров'я та створення територіальних громадських Рад сприяння охорони здоров'я на принципах делегування в ці Ради членів існуючих на території області, міста, району громадських об'єднань, асоціацій, фондів.

– формування чіткої загальнодержавної системи сприяння громадських організацій управлінню охороною здоров'я: на рівні країни (Українська Федерація громадських організацій сприяння охороні здоров'я населенню, яка тісно буде співпрацювати з МОЗ України); на рівні АР Крим, Києва та Севастополя (громадські Ради, які тісно будуть співпрацювати з МОЗ АР Крим, ГУОЗ міст Києва та Севастополя); на рівні областей (громадська Рада, яка буде тісно співпрацювати з обласним управлінням охорони здоров'я); на рівні міст обласного підпорядкування (громадська Рада, яка буде тісно співпрацювати з міським відділом (управлінням) охорони здоров'я); на рівні міст і сільських районів (громадська Рада, яка буде тісно співпрацювати з Центральною місцевою лікарнею чи з Центральною районною лікарнею).

Проаналізовано функції наглядової ради, спостережної ради і опікунської ради. Встановлено, що законодавцем не виписано вимоги та критерії, до створення наглядової ради. Проте до її функцій віднесено управління та контроль за діяльністю медичного закладу. До функцій спостережної ради віднесено захисну, інтегративну, комунікативну. Доведено, що опікунська рада поєднує у собі консультативні, наглядові і представницькі функції.

## РОЗДІЛ 4

### ЗАСОБИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

#### **4.1. Ліцензування, акредитація медичних закладів та атестація медичних працівників як засоби забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Конституція України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49) [168]. Це право забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Законодавець зазначає також, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

У статті 6 «Право на охорону здоров'я» Основ законодавства України про охорону здоров'я [272] законодавець розкриває зміст цього права, а у ст. 7 «Гарантії права на охорону здоров'я» детально регламентує зміст державних гарантій. До них відносяться: створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, організація і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я, здійснення державного і можливість громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я, встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я тощо [272].

Реалізація визначених законодавцем гарантій права на охорону здоров'я забезпечується системою засобів.

Засіб – це спосіб, прийом, захід, якась спеціальна дія, що дає можливість здійснити що-небудь, досягти чогось [49, с. 420].

Правові засоби – це певні юридичні категорії та діяння суб'єктів з їх застосування з метою досягнення конкретного результату [117, с. 289].

Як правові засоби виступають норми права, договори, суб'єктивні права, юридичні обов'язки, заборони, зобов'язання, дозволи, акти застосування права та ін. [577, с. 187].

В юридичній літературі виокремлюють такі ознаки правових засобів, які: забезпечують приватні і публічні інтереси суб'єктів права; відображають соціальну, інструментальну й особистісну цінності права; визначають (у різних сполученнях) правові режими галузей права; виступають основними елементами механізму правового регулювання; забезпечують дію правової системи; забезпечують ефективність правового регулювання завдяки постійному взаємозв'язку один з одним; підтримуються державою [526, с. 261].

Необхідно зазначити, що в сучасних наукових дослідженнях відсутній єдиний підхід до розуміння поняття «адміністративно-правові засоби», а отже нема чіткого формулювання його змісту. Така ситуація спричинена, окрім іншого, неоднозначністю підходу сучасних науковців до поняття «правові засоби», різновидом яких є адміністративно-правові засоби.

На думку С. С. Алексєєва, правові засоби – це не лише інструменти вирішення тих чи інших соціальних завдань. Соціально-політичний зміст постановки проблеми щодо сутності правових засобів полягає в тому, що вони є не лише соціальною необхідністю, своєрідною об'єктивною закономірністю, а й оптимальним, адекватним умовам цивілізації способом вирішення завдань, що постали перед суспільством, способом, що виражає соціальну цінність права як регулятора суспільних відносин [8, с. 154–155].

Вивчаючи зміст правових засобів, Ю. В. Якимець звертає увагу на те, що вони висловлюють узагальнюючі юридичні способи забезпечення інтересів суб'єктів права, досягнення поставлених цілей; відображають інформаційно-енергетичні якості та ресурси права, що надає їм особливої юридичної сили; є

складовими механізми правового регулювання; призводять до юридичних наслідків; дотримання цих засобів, що забезпечується державою [588, с. 154–155].

Визначаючи адміністративно-правові засоби А. Т. Комзюк концентрує увагу на їх багатоманітності. При цьому науковець зазначає, що вони є взаємопов'язаними і взаємозалежними, формують цілісну систему, перетинаються з кримінально-правовими, фінансово-правовими, економічними заходами, різноманітними методами організаційно-масової діяльності. Тільки раціональне використання різноманітних засобів у взаємозв'язку, обґрунтований вибір основних з них, уміле поєднання створюють умови для належного забезпечення здійснення, (визначеної мети) сприяють досягненню бажаних, очікуваних результатів. Вибір конкретного адміністративно-правового засобу, доцільність його застосування в тій чи іншій ситуації визначаються умовами, що склалися, наявністю певних обставин, завданнями і компетенцією органу (посадової особи), який діє в даній ситуації. Під адміністративно-правовими засобами учений розуміє всю систему адміністративно-правових норм, яка розглядається з позиції їх функціонального призначення для вирішення певного кола соціальних завдань, регулювання відповідних суспільних відносин [158, с. 44–48].

Узагальнивши позиції науковців [8; 588; 158; 563] щодо визначення адміністративно-правових засобів, сформулюємо авторське визначення поняття адміністративно-правових засобів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Це сукупність прийомів і способів діяльності суб'єктів медичних правовідносин, урегульованих нормами адміністративного права, що застосовуються з метою реалізації права на охорону здоров'я.

Відтак, до адміністративно-правових засобів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я відносимо ліцензування, акредитацію медичних закладів,

стандартизацію, сертифікацію, що має місце у сфері охорони здоров'я і атестацію медичних працівників.

В умовах реформування системи охорони здоров'я особливої актуальності набувають такі критерії як: доступність до медичних послуг, їх якість, відповідність стандартам, фаховий рівень працівників сфери охорони здоров'я, матеріально-технічні умови суб'єктів надання медичних послуг. Медична практика є специфічним видом діяльності, результати якої безпосередньо пов'язані з життям та здоров'ям людини. Тому правовий режим такої діяльності характеризується більшим ступенем контролю з боку держави, порівняно з іншими видами господарської діяльності. Отже, з огляду на особливий характер медичної діяльності, законодавець вніс її провадження до переліку видів господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню [251, с. 65].

Порядок отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики регламентує Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [413]. Згідно з ч. 6 ст. 1 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» ліцензування – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, спрямований на забезпечення безпеки та захисту економічних і соціальних інтересів держави, суспільства, прав та законних інтересів, життя і здоров'я людини, екологічної безпеки та охорони навколишнього природного середовища [413].

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабміну України від 02.03.2016 № 285, встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. Господарська діяльність з медичної практики, відповідно до цієї постанови визначається як

вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, що провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії [378].

Господарська діяльність з медичної практики може здійснюватися як закладами охорони здоров'я, так і фізичними особами-підприємцями. Так, у ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вказано, що заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [272]. Тобто заклади охорони здоров'я можуть існувати у формі підприємств, установ та організацій.

Аналізуючи норми ГК України [71] та ЦК України [559], можна дійти висновку, що законодавець визначає заклади охорони здоров'я як юридичні особи. Так, у ч. 4 ст. 62 ГК України законодавець зазначає, що «підприємство є юридичною особою, має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків та може мати печатки» [71]. Зі свого боку ст. 83 ЦК України [559], регламентуючи організаційно-правові форми юридичних осіб, формулює, що юридичні особи можуть створюватися у формі товариств, установ та інших формах, встановлених законом. При цьому як товариством, так і установою є саме організація, що свідчить про особливий статус організацій як юридичних осіб. Виходячи з наведеного законодавець не дає ніяких шансів на визнання, наприклад, аптек з їх структурними підрозділами, закладами охорони здоров'я, особливо тих, що створені фізичними особами – приватними підприємцями [251, с. 66].

Стаття 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я [272] декларує, що безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-

профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санітарно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Водночас у цій статті вказано, що заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Крім того, у ст. 54 Основ законодавства України про охорону здоров'я [272] сказано, що громадяни забезпечуються лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами через аптечні та лікувально-профілактичні заклади. Аптечні заклади, як правило, створюються не лише юридичними, а й фізичними особами. І не випадково у п. 2 Правил торгівлі лікарськими засобами, затвердженими постановою Кабміну України від 17.11.2004 № 1570, зазначено, що аптека – це заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ, організацій лікарськими засобами через роздрібну мережу [401].

Недосконалість теоретичного визначення поняття «заклад охорони здоров'я» пов'язано, можливо, з тим, що такі заклади асоціювались раніше з установами, які фінансувалися з Державного бюджету. Утім в ЦК України, який було прийнято пізніше ніж Основи законодавства України про охорону здоров'я [272] у зміст поняття «установа» закладено дещо інше значення (ч. 3 ст. 83): це організація, створена однією або кількома особами (засновниками), які не беруть участі в управлінні нею, шляхом об'єднання (відділення) їхнього майна для досягнення мети, визначеної засновниками, за рахунок цього майна. А відтак такі заклади можуть розрізнятися за організаційно-правовою формою. Так, Л. І. Кушч дала таке визначення комерційного лікувального закладу: це суб'єкт підприємництва, який здійснює дозволені види медичної практики, спрямовані на задоволення особистих потреб громадян у послугах щодо відновлення здоров'я та профілактики захворювань [195, с. 12]. З точки зору



іншого правознавця, З. Гладуна, заклад охорони здоров'я як первина ланка системи охорони здоров'я – це самостійний суб'єкт права, який має (в основному) статус юридичної особи (окрім випадків, коли він не наділений таким статусом), що вправі самостійно планувати і здійснювати передбачену статутом діяльність, виступати від свого імені, укладати не заборонені законодавством угоди, набувати майно, засновувати інші господарські підприємства та організації (що також можуть займатися підприємницькою діяльністю у сфері охорони здоров'я), разом з іншими суб'єктами права, у тому числі із зарубіжними, здійснювати спільну діяльність, користуватися іншими правами і виконувати обов'язки, а також нести юридичну відповідальність за свої дії [61, с. 103].

Вбачається, що визначення З. С. Гладуна є більш вдалим, особливо враховуючи застосування такого універсального терміну, як «суб'єкт права». На думку В. М. Пашкова, наполягати на тому, що заклад охорони здоров'я, повинен мати статус юридичної особи помилково. Вчений доводить, що правовий статус закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права характеризується невизначеністю, зокрема, різні критерії застосовуються до визначення правового статусу поняття «заклад охорони здоров'я» на фармацевтичному ринку та на ринку медичних послуг, необґрунтовано обмежено визнання правового статусу «заклад охорони здоров'я» лише за відокремленими структурними підрозділами [283, с. 109].

Відповідні проблеми щодо надання статусу закладу охорони здоров'я виникають у лікарів, які займаються приватною медичною практикою. Хоча приватні підприємці, згідно зі ст. 8 Закону України «Про зайнятість населення» [367], мають право наймати робочу силу, тобто інших лікарів, і можуть відкривати свої клініки, лікувально-профілактичні заклади тощо.

У галузі охорони здоров'я громадянин-підприємець здійснює свою діяльність лише за наявності ліцензії на провадження відповідного виду

господарської діяльності в цій галузі. Згідно із Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» у сфері охорони здоров'я підлягають ліцензуванню такі види діяльності: виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля цими засобами; розробка, виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилка, ввезення, вивіз, відпустка, знищення наркотичних засобів, психотропних засобів і прекурсорів; проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт; медична практика; переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів [413].

Варто також зазначити, що медична практика здійснюється за спеціальностями, які зазначаються в ліцензії відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей. Отже, наразі виникла ситуація, коли фізична особа-підприємець, який (яка) здійснює свою діяльність без створення юридичної особи, водночас виконуючи весь комплекс спеціальних заходів і послуг медичного характеру, що притаманний закладам охорони здоров'я, та створюючи для цього необхідну матеріальну базу, водночас не може набувати статусу, що відповідає статусу закладів охорони здоров'я [251, с. 67].

Загальний перелік і ознаки закладів охорони здоров'я закріплені у ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а у ст. 17 – їх продовжено шляхом визначення умов провадження господарської діяльності закладами охорони здоров'я [272]. Вони створюються підприємствами, установами та організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, їх державної реєстрації та акредитації, а також порядок ліцензування медичної практики, виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами визначають законодавчі акти.

Підсумовуючи наведене можна класифікувати провадження господарської діяльності з медичної практики за видами господарської діяльності та суб'єктами провадження господарської діяльності з медичної практики [251, с. 67].

Здійснення господарської діяльності у галузі охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії. Відтак вважаємо за доцільне проаналізувати порядок отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики [251, с. 67].

Для отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики згідно зі ст. 11 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [413] здобувач ліцензії має подати до органу ліцензування заяву про отримання ліцензії за визначеною ліцензійними умовами формою. У заяві про отримання ліцензії повинна міститися інформація про: 1) здобувача ліцензії (для юридичної особи – повне найменування, ідентифікаційний код, місцезнаходження, перелік відокремлених підрозділів, у межах яких планується провадження господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню; для фізичної особи-підприємця – прізвище, ім'я, по батькові, дані про місце проживання, реєстраційний номер облікової картки платника податків та згода на обробку персональних даних); 2) вид господарської діяльності (повністю або частково), на провадження якого здобувач ліцензії має намір отримати ліцензію. Крім того, до заяви про отримання ліцензії здобувач повинен додати: документи відповідно до ліцензійних умов; копію паспорта керівника здобувача ліцензії (або його уповноваженого представника); опис документів, що подаються для отримання ліцензії, у двох екземплярах [413].

Варто зауважити, що перелік підтвердних документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії, встановлюється ліцензійними умовами і є виключним.

У 2007 році до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики було внесено зміни [348]. Вони передбачали скорочення часу та затрат на оформлення документів, які необхідно подати до МОЗ України для отримання ліцензії з медичної практики. Зазначені зміни стосувалися закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які будуть надавати первинну медичну допомогу [251, с. 67–68].

У 2017 році з метою забезпечення спрощеного доступу до ринку для фізичних осіб-підприємців, які здійснюють діяльність з надання первинної медичної допомоги було розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» [340].

Чинною редакцією Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики [340] передбачено, що первинна медична допомога може надаватися за місцем проживання (перебування) пацієнта. Водночас однією із умов для отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики є зазначення у заяві про отримання ліцензії даних щодо фактичного місця провадження медичної практики. Тому виникає логічна невідповідність різних положень Ліцензійних умов, оскільки наявність або відсутність фактичного місця провадження медичної практики не впливає на надання первинної медичної допомоги за місцем проживання (перебування) пацієнта. Крім того, створюється зайве регулювання для суб'єктів господарювання, оскільки вони повинні виконувати вимоги, які не є обґрунтованими з точки зору організаційних, кадрових або технологічних потреб для надання первинної медичної допомоги [251, с. 68].

З метою усунення зазначеної невідповідності та покращення доступу до ринку надання первинної медичної допомоги у проекті було запропоновано виділити фізичних осіб-підприємців в окрему категорію здобувачів ліцензії на надання первинної медичної допомоги та виключити для них положення, пов'язані з вимогою обов'язкового надання даних стосовно фактичного місця провадження медичної практики. Скасування цієї вимоги охоплює лише первинну медичну допомогу та не стосується вторинної, третинної та інших видів медичної допомоги, а також не зменшує рівня вимог щодо якості надання медичної допомоги населенню [251, с. 68].

Проектом також встановлюється правило про отримання юридичною особою статусу закладу охорони здоров'я з моменту отримання нею ліцензії на здійснення діяльності з медичної практики. Крім того, проектом скасовується вимога щодо зберігання протягом дії ліцензії документів, копії яких подавалися до органу ліцензування, а також визначаються кваліфікаційні вимоги для осіб, які надають первинну медичну допомогу [340].

Вважаємо, що схвалення проекту та внесення запропонованих суб'єктами законодавчої ініціативи змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики сприятиме оптимізації порядку провадження господарської діяльності з медичної практики для фізичних осіб-підприємців [251, с. 68].

Через інститут ліцензування, як слушно зазначає І. В. Бойко, держава набуває можливості здійснювати як попередній, так і наступний контроль за діяльністю медичних установ та інших суб'єктів господарювання. Законодавство, вважає вчена, регламентує дещо різні і подекуди суперечливі правила ліцензування [35, с. 14]. Так, ч. 3 ст. 15 Закону України «Про донорство крові та її компонентів» передбачено, що взяття, переробка, зберігання донорської крові та її компонентів, реалізація їх та виготовлених із них препаратів закладами охорони здоров'я та їх підрозділами, а також переробка і

зберігання донорської крові та її компонентів, реалізація виготовлених з них препаратів дозволяється лише за наявності відповідної ліцензії, виданої центральним органом виконавчої влади, що реалізує політику у сфері охорони здоров'я [359]. У ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [413] до видів господарської діяльності, яка провадиться лише за умови наявності ліцензії, відносяться: виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівлю лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів, діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини. Медична практика теж повинна ліцензуватися, але ця діяльність не охоплює взяття, переробку, зберігання донорської крові та її компонентів, реалізацію їх та виготовлених із них препаратів закладами охорони здоров'я та їх підрозділами, а також переробку і зберігання донорської крові та її компонентів, реалізацію виготовлених з них препаратів. Натомість у Положенні про МОЗ України [388] закріплено повноваження МОЗ України здійснювати ліцензування господарської діяльності: з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини; банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини; інших тканин і клітин людини, згідно з переліком, затвердженим МОЗ України.

Очевидно, що навіть попри неузгодженість назв діяльності, яка вимагає ліцензування, залишилося чітко не визначеним питання про ліцензування діяльності зі взяття донорської крові. На нашу думку, така діяльність має бути обов'язково ліцензованою.

Окремого розгляду потребує Порядок контролю за додержанням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Варто зауважити, що наказом МОЗ України від 10.02.2011 № 80 затверджено Порядок контролю за додержанням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики [394], нормами якого і

встановлювалась єдина процедура здійснення контролю за додержанням ліцензіатами Ліцензійних умов, затверджених наказом МОЗ України від 02.02.2011 № 49 [379]. Проте наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються» [394] втратив чинність на підставі розпорядження Кабінету міністрів України № 169-р від 10.03.2017 «Про скасування деяких наказів міністерств та інших центральних органів виконавчої влади» [437]. Відтепер процедура контролю за ліцензійними умовами базується на положеннях Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» [424] та особливостях, що визначені Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [413].

Так, неможливість ліцензіата забезпечити виконання Ліцензійних умов визначається як відсутність за місцем провадження господарської діяльності матеріально-технічної бази (виробничих площ, обладнання, матеріальних ресурсів та медичної документації обліку і звітності, які в установленому порядку використовуються під час здійснення діяльності за видами медичної допомоги, нормативних документів зі стандартизації, необхідних для провадження господарської діяльності з медичної практики), медичних працівників. А відтак таке порушення тягне за собою анулювання ліцензії (ст. 16) [413]. Наявність медичних працівників, допущених до здійснення діяльності без відповідного рівня освіти і кваліфікації, а також встановлення при перевірці факту використання праці без оформлення трудових відносин з працівником також є підставою для анулювання ліцензії. На практиці, як правило, застосовується при виявленні лікарів чи молодших спеціалістів з медичною освітою, що перебувають у цивільно-правових відносинах із закладом, зокрема, працюють за різноманітними договорами підряду. Схожою на попередню підставу для анулювання ліцензії є встановлення факту

передання ліцензії або її копії іншій юридичній або фізичній особі для провадження господарської діяльності. Тобто виявлення фактів, які свідчать про те, що за ліцензією юридичної чи фізичної особи надають послуги суб'єкти господарювання, які не перебувають з ліцензіатом у трудових відносинах або взагалі не мають з ним жодного правового зв'язку [251, с. 68].

Так, проведене Ліцензійною комісією МОЗ України ліцензування медичної практики у 2020 р. дозволило видати ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики 63 здобувачам ліцензій, відмовити у видачі ліцензій на провадження господарської діяльності з медичної практики 35 здобувачам ліцензій, а 22 здобувачам анулювати ліцензії [414].

Також акцентуємо увагу на те, що відповідно до законодавства фізична особа-підприємець, яка не має спеціальної освіти та не відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, особисто надавати медичну допомогу не має права. Така особа лише провадить господарську діяльність з медичної практики та є роботодавцем для осіб, які мають відповідну медичну кваліфікацію. В іншому разі зазначена фізична особа-підприємець буде притягнута до відповідальності за порушення умов ліцензування. Так, відповідно до ст. 20 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [413] посадова особа суб'єкта господарювання, що здійснює таку діяльність без ліцензії чи з порушенням умов ліцензування, несе адміністративну відповідальність, передбачену ст. 164 Кодексу України про адміністративні правопорушення, у вигляді накладення штрафу від однієї тисячі до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією матеріальних цінностей чи грошей, одержаних внаслідок вчинення цього адміністративного правопорушення, чи без такої. У разі повторності такого правопорушення протягом року чи отримання доходу в результаті такої діяльності у великих розмірах – штраф від 34 000 грн. до 85 000 грн. з конфіскацією [153]. Для порівняння законодавство США передбачає



майнову та адміністративну відповідальність за здійснення господарської діяльності без ліцензії або ж з завершенням терміну її дії [608; 705; 720]. Наприклад, у штаті Огайо (США) встановлено покарання у вигляді штрафу за заняття косметологічною діяльністю без ліцензії: перше правопорушення 200 доларів; друге – 250 доларів; третє – 500 доларів США [705].

Слід також зазначити, що у 2018 р. МОЗ України було винесено на публічне обговорення проект Концепції професійного ліцензування лікарів (далі – Проект) [457]. Проект містить три важливі компоненти. По-перше, у ньому відображено усвідомлення того, що чинна система оцінки кваліфікації лікарів, їх мотивування застаріла і потребує кардинальних змін. По-друге, визнано необхідність законодавчого врегулювання цих проблем. По-третє, з'явилося розуміння того, що найкраще їх вирішувати із залученням механізмів лікарського самоврядування [205].

Автори Проекту намагалися довести, що професійне лікування лікарів відрізняється від ліцензування господарської діяльності з медичної практики. Однак складається враження, що вони не врахували чинне законодавство України, де процедуру ліцензування проходять суб'єкти господарювання. Взагалі Проект містить багато спірних питань і заперечень. Як слушно зазначає Голова правління Всеукраїнського Лікарського Товариства М. Тищук, Проект розроблено в дусі найкращих радянських традицій: дуже добре проаналізовано проблеми й недоліки, вказано питання, які потребують вирішення, а от конструктивна частина документа «кульгає» [205].

Варто також зазначити, що в період реформування системи охорони здоров'я помітно збільшився інтерес до акредитації закладів охорони здоров'я. Це насамперед пов'язано з тим, що існуюча система акредитації концентрується на нормативній відповідності, а не на заходах з покращення якості надання медичних послуг для закладів охорони здоров'я [243, с. 66].

Медичні заклади акредитуються згідно з вимогами, що містяться у постанові Кабміну України № 765 від 15.07.1997 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» [393]. Акредитаційні візити здійснюються під наглядом МОЗ України командами медичних фахівців із різних областей. У разі успішного проходження процесу акредитації медичний заклад отримує ліцензію. Отже, МОЗ України одночасно займається акредитацією та ліцензуванням медичних закладів. У цьому разі існує потреба в окремій системі для ліцензування та повторного ліцензування, але утримання ліцензії може залежати від проходження акредитації. Взагалі наявність акредитації є підтвердженням додержання стандарту якості послуг і рівня забезпечення закладів охорони здоров'я, які отримують державні кошти за контрактом з НСЗУ, а також від страхових компаній (фондів) [243, с. 66]. Такий Стандарт та критерії акредитації затверджено наказом МОЗ України від 14.03.2011 № 142 [446].

Утім в Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить близько 56 %. Про незадоволеність населення якістю допомоги свідчать результати соціологічних опитувань – більше  $\frac{3}{4}$  опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку [67, с. 90].

Більшість країн (США, Канада, Німеччина та ін.) об'єктивно оцінюючи якість свого медичного обслуговування, розробляють програми підвищення якості медичної допомоги. Багато в чому це зумовлено вимогами пацієнтів щодо більш повного врахування їх інтересів у наданні якісних послуг у системі охорони здоров'я. У вказаних країнах уряди відчують потужний тиск громадськості, набирає впливовості громадський рух із захисту прав пацієнтів, в якому беруть участь і асоціації лікарів. Ці процеси проявляються особливо в країнах з обмеженими ресурсами і для покращення медичного обслуговування

населення формується комплекс державних і приватних служб охорони здоров'я [580].

У багатьох країнах існують професійні організації, які інспектують лікарні та інші медичні установи, щоб упевнитися в їх придатності для навчальних цілей і в тому, що клінічні процедури в них здійснюються належним чином. Ця форма професійної оцінки ґрунтується частіше на судженнях рівних за рангом експертів, ніж на встановлених стандартах (при тому, що деякими професійними організаціями були розроблені системи, які базуються на стандартах) [243, с. 66].

Системи акредитації, як правило, вважаються ініціативами загальнодержавного масштабу, однак існують і місцеві варіанти таких систем. Так, у Великобританії керівними органами системи охорони здоров'я були введені місцеві системи акредитації, призначені для оцінки якості роботи лікарів загальної практики [711]. Регіональні органи охорони здоров'я розробили власні системи акредитації. Участь в діяльності з акредитації спочатку планували як засновану на організаційному саморозвитку і, відповідно, як добровільну. Ця ситуація, однак, може бути змінена покупцем медичних послуг або урядом; в результаті акредитація може стати обов'язковою і тим самим до певної міри уподібнитися регулюванню. Відповідність стандартам акредитації може сприйматися як спосіб заручитися державною підтримкою. Різниця визначається тим, як використовуються результати акредитації та наскільки доступна інформація для громадськості. Наведені факти про системи акредитації свідчать про те, що практика акредитації безперервно розвивається, пристосовуючись до змін соціального, політичного і технологічного середовища в кожній країні і в кожній системі охорони здоров'я. Найрадикальнішим зрушенням у розвитку акредитації став перехід до державної підтримки або в державну власність. Цей перехід був обумовлений зростаючою турботою урядів про поліпшення якості медичного

обслуговування; акредитація була визнана перспективним інструментом для досягнення цієї мети. Проте лише деякі уряди зважилися взяти акредитацію як метод контролю за якістю медичного обслуговування. Уряди не сприймають ідею акредитації за різними підставами. Деякі уряди потребують швидких рішень; між тим розробка локальних стандартів для акредитації – дорогий і трудомісткий процес, а для збіднілих систем охорони здоров'я важливо якнайшвидше домогтися якісного прогресу. У багатьох зрілих системах акредитації існує мудра логіка розробки стандартів; для функціонування таких систем часто потрібні складні управлінські інфраструктури [243, с. 66–67].

Стандарти, що діють в акредитаційних системах таких країн, як Канада і США, помітно перевищують той мінімальний рівень, який видається відповідним для ліцензування, тому запозичення цих стандартів марно. Крім того, акредитаційні стандарти і процеси спочатку розроблялися заради того, щоб їх застосовували незалежні органи. Отже, акредитація сама по собі не може служити вирішенню задач урядового регулювання. Незалежна акредитація передбачає або згоду уряду з тим, що робота медичних установ оцінюється невідконтрольним йому органом, або встановлення складних і взаємовигідних відносин між урядом і органом, який акредитує. Французьке Національне агентство з акредитації та оцінки охорони здоров'я в основному незалежно від уряду. У Великобританії нещодавно заснована Комісія з поліпшення охорони здоров'я матиме подібний, майже незалежний статус. Рішення цього органу не повинні суперечити політичним установкам уряду, джерелом фінансування також буде служити уряд, проте сама система зовнішнього інспектування, як передбачається, має залишитися незалежною. Подібні відносини практично не піддаються управлінню на урядовому рівні. Характер функціонування регулюючої схеми багато в чому залежить від того, чи є участь у акредитаційному процесі добровільною або обов'язковою, чи існують офіційно затвержені стандарти, розроблена система кваліфікаційних оцінок. У країнах

Європи спостерігається значне розмаїття підходів. Так, у Франції введена заснована на стандартах акредитаційна система, участь в якій обов'язкова, але яка не передбачає винесення однозначної оцінки (результати акредитації узагальнюються у формі розлогого звіту про якість роботи). У Великобританії передбачається ввести систему примусової інспекції, яка не передбачає стандартів, але яка передбачає узагальнення результатів у формі звіту про якість [711]. Характер процесу залежить також від того, чи стане звіт надбанням громадськості. Для урядів тих країн, де соціальна і суспільна роль лікарень відчувається досить сильно, пряма критика якості лікарняного обслуговування є болючою. Критика якості роботи лікарень, що наводить на думку про необхідність їх закриття, породжує серйозну полеміку та сприяє зацікавленості у захисті лікарень. Така критика може прийняти форму політичного тиску з метою домогтися збільшення субсидій на лікарні. Безсумнівно, подібна ситуація має відношення до державних лікарень. Разом з тим в країнах, де утвердилася практика зовнішнього відкликання, уряди зазвичай вважають за необхідне публікувати результати всіх інспекцій. Доповіді про якість медичного обслуговування стають предметом публічних дискусій і переговорів; написання доповідей на основі певних кількісних алгоритмів втрачає сенс. Така модель регулювання якості передбачає дискусії і переговори з місцевою громадськістю [243, с. 67–68].

Наведене доводить про доцільність проведення акредитації закладів охорони здоров'я. Акредитація установ повинна передбачати кінцевий якісний результат, що виражається в досягненні конкретним лікувальним закладом визначеного рівня надання медичної допомоги. Основна мета акредитації – спонукати медичні установи до поліпшення якісних показників. Основна увага повинна приділятися оцінці роботи установ, їх підтримки, подальшого вдосконалення їх сильних сторін. Ліцензування ж повинно являти собою обов'язкову інспекцію, що здійснюється урядовим органом заради того, щоб

визначити, чи немає в діяльності закладу охорони здоров'я чогось помилкового або шкідливого [243, с. 68].

Ще одним із адміністративно-правових засобів забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є атестація медичних працівників.

Система атестації медичних працівників, яка діяла до 2019 року [428] передбачала, що лікар за рік до атестації (яка проводилася один раз на 5 років) повинен пройти обов'язкові чотирьох тижневі курси, так званий передатестаційний цикл, а в період між передатестаційними циклами міг практично не брати участь у освітніх заходах. Відсутність чітких вимог до збалансованості освітніх навантажень призводило до того, що три роки після атестації були часом «відпочинку» від професійного вдосконалення. Слід також відмітити, що навчання медичних працівників проводилося в чітко визначених МОЗ України закладах – 3-х державних академіях післядипломної освіти та 14-х факультетах післядипломної освіти. Відсутність конкуренції на ринку освітніх послуг не стимулювала провайдерів освітніх послуг до осучаснення змісту навчальних програм. Починаючи з 2019 року [390; 88] медичні працівники повинні проходити навчання щорічно. Це дозволить їм бути конкурентними і отримувати нові навички відразу після появи цих технологій і практик на ринку [250, с. 32–33].

Безперервне навчання фахівців сфери охорони здоров'я є усталеною і поширеною практикою в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії, зокрема у Великій Британії, США, Польщі, Чехії, Швеції, Сінгапурі та інших. Для українських лікарів такий компонент почав діяти з 2019 року. Правовою підставою його запровадження стали постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 [390] і наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 [88].

Відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я [2] БПР фахівців у сфері охорони здоров'я – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних

компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності [390].

БПР, на думку законодавця, включає участь у процесі формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я. При чому неформальну освіту законодавець тлумачить як діяльність з підвищення власних знань та вмінь, яка провадиться за освітніми програмами та не передбачає присудження визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних та/або присудженням часткових освітніх кваліфікацій. А інформальну як самоорганізоване здобуття фахівцями у сфері охорони здоров'я професійних компетентностей під час повсякденної діяльності, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю (абз. 3 п. 2). Щодо формальної освіти, то до неї віднесено інтернатуру, резидентуру, аспірантуру, докторантуру, цикли спеціалізації з присвоєнням кваліфікації лікар-фахівець (сертифікат/диплом) (абз. 4 п. 4) [390].

Законодавцем також визначено форми БПР. До них він відносить: участь у тематичних школах, семінарах, науково-практичних конференціях, конгресах, симпозіумах, з'їздах, у симуляційних тренінгах, майстер-класах, курсах з оволодіння практичними навичками, медичне стажування за межами закладу, де працює фахівець, дистанційне навчання, у тому числі з використанням електронних навчальних ресурсів, навчання на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти тощо (абз. 5 п. 4) [390].

За проходження безперервного професійного розвитку нараховуються бали безперервного професійного розвитку, які підлягають обліку, що ведеться працівником (шляхом створення та ведення особистого освітнього портфолію)

та роботодавцем. Бали безперервного професійного розвитку, які здобувач освіти отримав протягом безперервного професійного розвитку, підлягають щорічній перевірці органом, при якому утворено відповідну атестаційну комісію, на відповідність порядку та критеріям нарахування балів безперервного професійного розвитку, які встановлюються МОЗ. Кількість балів за різні види освітньої діяльності у процесі безперервного професійного розвитку визначається і затверджується МОЗ та використовується здобувачами освіти для формування індивідуальної освітньої траєкторії [250, с. 34].

За новим порядком лікар вже не подаватиме звіт про професійну діяльність за останні 3 роки. Замість 20 сторінок статистичних показників лікарі повинні подавати індивідуальне освітнє портфоліо всього на одну сторінку. Співбесіду з атестаційною комісією також скасовано. Тож МОЗ України таким чином мінімізує бюрократичні вимоги та корупційні ризики.

Отже, завдяки введенню БПР переваги матимуть медичні працівники у вигляді свободи у виборі теми, форми навчання; спрощеної процедури атестації; можливості інтегруватися у світову медичну громадськість через відвідування акредитованих міжнародними організаціями заходів БПР в Україні та за її межами. Для пацієнтів такі переваги полягатимуть в отриманні медичних послуг від кваліфікованого і компетентного лікаря, який щорічно вдосконалює медичні навички та знання. Переваги для провайдерів освітніх послуг – це можливість запропонувати якісно новий рівень освітнього контенту для лікарів, а також відсутність монополії на ринку професійного вдосконалення і розвиток вільної конкуренції [250, с. 34–35].

Наразі в Україні існують проблеми з фінансування БПР. Раніше держава виділяла кошти на утримання факультетів та закладів післядипломної освіти лікарів. У зв'язку з проведенням медичної реформи (у тому числі зміни підходів до атестації медичних працівників [390; 88] змінюється і модель фінансування БПР. Це означає, що кошти виділятимуться не на утримання закладів



післядипломної освіти, а на фінансування освітніх заходів, які є популярними і затребуваними у лікарів і які реально впливають на покращення їхньої індивідуальної медичної практики [250, с. 35].

Акцентуємо увагу також і на те, що контрольними функціями щодо проведення атестації медичних працівників МОЗ Україні наділяє «орган, при якому утворено відповідну атестаційну комісію», а про лікарське самоврядування взагалі не згадує. Натомість європейський і світовий досвід засвідчує, що основним інститутом та інструментом, який має бути задіяний для оцінки якості і контролю за діяльністю медичних працівників, є лікарське самоврядування [205].

Відтак, вважаємо за доцільне передбачити участь самоврядної організації лікарів у проведенні атестації медичних працівників. Для цього слід створити таку самоврядну організацію, визначитись з її повноваженнями і прийняти спеціальний закон щодо такої самоврядної організації. Такий підхід, на нашу думку, дозволить більш об'єктивно і незалежно проводити атестацію медичних працівників. До того ж відповідатиме демократичним засадам реформування медичної галузі [250, с. 35].

#### **4.2. Стандартизація, сертифікація у сфері охорони здоров'я як засоби забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

В умовах реформування сфери охорони здоров'я перед Україною стоїть нагальне завдання удосконалити нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я, привести її відповідно до вимог міжнародно-правових актів, зокрема до міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я.

Міжнародний стандарт обов'язково виражається у міжнародно-правових нормах, які розвивають і конкретизують принципи поваги до людини не лише у

сфері охорони здоров'я (тобто права пацієнтів, діяльність медичних працівників), але також і в інших сферах життєдіяльності [246, с. 193].

Стандарт, у широкому розумінні – це зразок, еталон, модель, що приймається за вихідний для порівняння з ним інших об'єктів [502, с. 785]. Стандарт – це визначення очікуваної (отримуваної) якості, утверджена модель, яка є основою процесу оцінки [520, с. 36], документ, що складений у результаті консенсусу спеціалістів, схвалений спеціалізованою організацією і спрямований на досягнення оптимального ступеню впорядкованості у цій сфері [590, с. 3].

У ринковій економіці стандартизація виконує три основні функції: економічну – оптимізація витрат фінансових ресурсів держави на охорону здоров'я населення та сприяння їх ефективному використанню; соціальну – включення у стандарт показників якості об'єкта стандартизації, які сприяють поліпшенню якості медичної та фармацевтичної допомоги з урахуванням сучасного рівня розвитку науки; комунікативну – досягнення взаєморозуміння в суспільстві через обмін інформацією, вираженою стандартними термінами єдиними правилами діяльності, єдиним трактуванням понять [246, с. 193].

Щодо охорони здоров'я, то крім визначення самого стандарту, що залежить від його напрямку, рівня і об'єму, неабияке значення мають аспекти і показники якості цього стандарту. Стандарти в охороні здоров'я визначають як і що діагностувати або лікувати, як організувати профілактичний огляд, яким повинен бути результат тощо. Основною метою розробки стандартів в охороні здоров'я, як зазначає В. М. Якубовяк, є: охорона і зміцнення здоров'я населення; захист прав людини (пацієнта); підвищення якості життя суспільства за допомогою зміцнення служб охорони здоров'я; розробка законів у сфері охорони здоров'я; забезпечення соціального прогресу [590, с. 3].

На думку розробників проекту Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», стандартизація медичної допомоги – це діяльність, спрямована на досягнення оптимального ступеня упорядкування

медичної допомоги шляхом розроблення та встановлення вимог, норм, правил, характеристик, умов щодо продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються у сфері охорони здоров'я [368].

Основними об'єктами стандартизації в охороні здоров'я є: права і обов'язки населення і медичних працівників, медична інформація і звітність, управління та організація охорони здоров'я, кадри, освіта, лікарські засоби, медичні послуги та ін.

Ознаками стандартів у сфері охорони здоров'я є: обґрунтованість з наукового, практичного і технічного поглядів; реальність стандарту, тобто об'єм медичної допомоги, вимоги до якості медичного обслуговування, що містяться у стандартах і надаються кожному пацієнту повинні визначатись з урахуванням реальних умов у вітчизняній охороні здоров'я як фінансового, так і кадрового, матеріально-технічного, освітнього; надійність, тобто складений відповідно до принципів науково обґрунтованої медичної практики; наявність єдності думок висококваліфікованих лікарів щодо визначення стандартів; чітка визначеність, тобто стандарт має бути описаний за допомогою точних формальних визначень, розписано хто конкретно і яку частину стандарту забезпечує тощо; дієвість, тобто необхідно проводити періодичний аналіз і перегляд раніше встановлених стандартів і розробити механізм забезпечення або стимулювання виконання встановлених стандартів [246, с. 194].

Міжнародний стандарт у сфері охорони здоров'я має багатоаспектний характер і регламентується разом з регулюванням відносин у галузі охорони навколишнього природного середовища, контролю санітарно-епідемічної ситуації, якості продукції, що випускається, та інших чинників, які впливають на фізіологічну і психологічну «якість життя людини».

Підсумовуючи, підкреслимо, що до міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я належать міжнародні акти та документи, що відповідають таким ознакам: стосуються прав людини у сфері охорони здоров'я

та питань, пов'язаних із громадським здоров'ям; закріплені в міжнародних універсальних документах; фіксують мінімальний «стандарт» – зміст чи обсяг прав людини та позитивні зобов'язання держав [246, с. 194]. Прикладами таких стандартів у сфері охорони здоров'я є Люблінська хартія з реформування охорони здоров'я [214], Конвенція про права людини та біомедицину [162], Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта [203], Міжнародні медико-санітарні правила [233] тощо.

Особливий інтерес у контексті досліджуваної проблематики становлять положення Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (далі – Конвенція) [162]. У ній інтереси та благо окремої людини поставлено вище інтересів суспільства або науки (ст. 2). Положення Конвенції, як слушно зазначає В. Валах, гарантують кожному громадянину рівний доступ до медичної допомоги, яка надається відповідно до професійних вимог і стандартів [46, с. 89]. Акцентуємо увагу на те, що Конвенція підписана, але не ратифікована Україною.

У 1981 р. було прийнято Лісабонську декларація стосовно прав пацієнта, відповідно до якої кожний пацієнт (окрім іншого) має право на отримання допомоги від лікаря, який є вільним від будь-яких зовнішніх впливів при прийнятті своїх клінічних або етичних рішень і право на прийняття або відхилення духовної або моральної підтримки. Також у цій декларації відображено принцип поваги автономії особистості. Так, відповідно до п. а) розділу 10 слід завжди поважати людську гідність та право пацієнтів на недоторканість приватного життя, а також їхні культурні та моральні цінності при наданні медичної допомоги [203].

Право на тактовне лікування має своє закріплення і в етичних стандартах. Так, Етичний кодекс лікаря України зобов'язує лікаря протягом усього лікування під час надання інформації хворому про його стан і рекомендоване лікування брати до уваги персональні особливості пацієнта, стежачи за оцінкою

хворим ситуації. Лікар зобов'язаний приділяти пацієнту достатньо часу й уваги, необхідних для встановлення правильного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування приписів і рекомендацій щодо подальшого лікування, надання їх хворому у детальному та зрозумілому для нього вигляді (п. 3.3) [106].

Право на приватність і конфіденційність закріплено у таких міжнародних стандартах у сфері охорони здоров'я як: Універсальна декларація по біоетиці та правам людини [269] (у ст. 9 зазначено, що приватність осіб та конфіденційність їх особистої інформації повинна поважатись), Лісабонська декларація [203] (у ст. 8 зазначено, що а) інформація, яка стосується стану здоров'я пацієнта, медичних станів, діагнозу, прогнозу або лікування та інша особиста інформація повинна бути конфіденційною навіть після смерті; б) конференційна інформація може розголошуватися тільки в тому разі, якщо пацієнт надасть безпосередню згоду чи таке розголошення прямо передбачене законом. Інформацію можуть повідомляти іншим особам, які надають медичну допомогу, винятково в разі необхідності, якщо пацієнт явно не дав прямої згоди на розкриття відомостей; с) усі ідентифікаційні відомості про пацієнта повинні зберігатися. Захист даних здійснюється відповідно до порядку їх зберігання), Конвенція про захист прав людини та людської гідності щодо застосування біології та медицини [162] (у ст. 10 вказано, що у кожного є право на повагу приватного життя базуючись на інформації про його/її стан здоров'я) і у регіональному стандарті – Європейській хартії прав пацієнта [108] (у ст. 6 зазначено, що кожна людина має право на конфіденційність особистих даних, зокрема інформацію стосовно його/її стану здоров'я та потенційної діагностики або терапевтичних процедур, зокрема захист його/її приватності протягом діагностування, аналізів, візитів спеціалістів, та медичних/хірургічних втручань.

У рішенні ЄСПЛ у справі «Сидорова проти Росії» ЄСПЛ нагадує: «захист персональних даних, включаючи медичну інформацію, має фундаментальне

значення для здійснення людиною права на повагу до її приватного і сімейного життя, гарантованого ст. 8 Конвенції. Повага до конфіденційності даних про здоров'я є життєво важливим принципом у правових системах усіх Договірних Сторін Конвенції. Розголошення таких відомостей може вирішальним чином вплинути на приватне та сімейне життя людини, а також на її соціальне становище та професійну діяльність, ганьблячи її та піддаючи ризику ostracizmu (див. «З. проти Фінляндії», 25 лютого 1997, § 95-96) [492].

З розвитком інформаційних технологій у медичній сфері, а саме – запровадженням інформаційно-телекомунікаційних технологій у поєднанні зі збільшенням об'ємів і напрямів використання інформації, її передання новітніми засобами комунікації значно розширилися можливості зі збирання, зберігання й обробки інформації щодо окремих громадян у закладах охорони здоров'я. Активність у формуванні автоматизованих баз даних, обробка та поширення відомостей про осіб без їхнього відома (особливо це почалось із реформуванням медичної галузі) призвели до виникнення проблеми інформаційної безпеки як медичних працівників, пацієнтів, так і третіх осіб щодо захисту персональних даних. Тобто проблема захисту інтересів особи в медичній сфері – це і проблема захисту персональних даних, що стосується діяльності особи в закладах охорони здоров'я [241, с. 44–45].

Як свідчить вітчизняна і зарубіжна практика, процес отримання персональних даних сьогодні перетворюється на окремий вид діяльності (бізнес), метою якого є збір, обробка та поширення персональних даних на комерційних засадах. Наприклад, за оцінками експертів, світовий ринок персональних даних досягає 3 млрд доларів [42, с. 16]. Відомості про людину, її матеріальний стан, особисте життя та інша приватна інформація реалізуються на дисках, розміщуються у мережі Інтернет тощо і майже без обмежень доступні для кожного. При цьому державний бюджет від такої «комерційної» діяльності нічого не отримує.

За відсутності чіткого механізму детального регулювання питань збирання, використання і знищення персоніфікованої інформації у сфері медицини існує, як указують науковці, ризик порушення права на приватність такої інформації [179, с. 48].

На шляху наближення до стандартів ЄС з приводу захисту персональних даних особи Україна здійснила важливий крок, ратифікувавши Конвенцію про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних і Додатковий протокол до Конвенції про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних щодо органів нагляду та транскордонних потоків даних [161], а також прийнявши Закон України «Про захист персональних даних» [407]. Відповідно до ст. 23 Закону України «Про захист персональних даних» повноваження за додержанням законодавства про захист персональних даних, зокрема медичних, покладено на Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та суди.

Зазначимо, що Закон України «Про захист персональних даних» докладно не регулює питання відповідальності за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних, а містить лише бланкетну норму, яка відсилає до іншого (спеціального) законодавства, вказуючи, що «порушення законодавства про захист персональних даних тягне за собою відповідальність, встановлену законом» (ст. 28 Закону) [407]. Отже, за порушення законодавства про захист персональних даних застосовуються цивільно-правова, дисциплінарна, кримінальна й адміністративна відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством.

Отже, згідно з чинним законодавством медичний працівник може нести відповідальність за розкриття відомостей про персональні дані через розголошення лікарської таємниці. Сьогодні лікар проводить занесення відомостей до медичної інформаційної системи під час вибору пацієнтами його своїм лікарем, але поки не може вносити зміни про стан хвороби та інші

відомості. Інша медична інформація доти зберігається переважно на паперових носіях [550].

До осіб, що вчинили адміністративні правопорушення у галузі охорони здоров'я, застосовуються адміністративні стягнення, передбачені санкціями статей, що встановлюють відповідальність за такі правопорушення. Варто відмітити, що здебільшого це штрафи у розмірі, який визначається від неоподаткованого мінімуму доходів громадян. Так, ст. 188-39 КУпАП визначає відповідальність за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних [153].

З огляду на недосконалість вітчизняного законодавства, що регулює сферу охорони здоров'я, зокрема й питання збереження медичної таємниці, не кожен лікар знає, які саме відомості є об'єктом такої таємниці, не говорячи вже про обізнаність у процедурі й особливостях дотримання таємниці та наданні інформації, яка становить медичну таємницю [535, с. 99].

Кожен пацієнт має право на медичну таємницю, порушення якого тягне за собою юридичну відповідальність [564, с. 113].

Право людини на конфіденційність і таємницю – один із основоположних у системі охорони здоров'я. Відповідно до чинних норм законодавства [272; 559] сам факт звернення до медичного закладу становить таємницю і повинен дотримуватися співробітниками медичних закладів.

Конфіденційною визначається інформація про фізичну особу, а також інформація, доступ до якої обмежено фізичною або юридичною особою, крім суб'єктів владних повноважень. Конфіденційна інформація може поширюватися за бажанням (згодою) відповідної особи у визначеному порядку відповідно до передбачених нею умов, а також в інших випадках, визначених законом. Амбулаторні картки пацієнтів, історії хвороб, результати досліджень, різноманітні журнали реєстрації проведення медичних обстежень і втручань, отримані від пацієнта документи, а саме: «інформовані згоди» на медичне



втручання, дослідження та інші маніпуляції й процедури, містять конфіденційну інформацію і становлять лікарську таємницю, тож така інформація обмежена для третіх осіб [496, с. 114].

Процедура та порядок надання інформації тісно взаємодіє з нормами статей 39, 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі – Закон), передбачаючи як права, так і обов'язки щодо отримання інформації та її надання. Законом передбачено, що пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, зокрема й на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Також визначено, що батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Медичні працівники зобов'язані надати пацієнтам у доступній формі інформацію про стан їхнього здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема й наявності ризику для життя і здоров'я. Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами [272].

Виключним правом пацієнта є право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, одержані під час його медичного обстеження. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта [496, с. 115].

Відтак, як слушно зазначає Ю. Ю. Сізнцова, перевірка видачі листків непрацездатності та доступ до медичних карток співробітниками Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності породжує ризик поширення інформації з медичної картки пацієнта, яка є конфіденційною. Тому

дослідниця пропонує негайно врегулювати порядок проведення перевірок, а саме внесення змін у частині надання дозволу для перевірки медичної документації виключно на підставі поданої заяви застрахованої особи (пацієнта) і, як наслідок внесення зміни у статутну діяльність Фонду, уточнення Інструкцій щодо проведення перевірок [496, с. 119].

Право на кваліфіковану медичну допомогу також передбачене у міжнародних стандартах у сфері охорони здоров'я [269; 203; 162; 108] і регламентовано у ч. 1 ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я [272]. МОЗ України затвердив Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я [99], де визначив основні завдання і кваліфікаційні вимоги до медичних працівників. Так, згідно з Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників [99] лікар-педіатр, з поміж-іншого, має застосовувати сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих дітей і підлітків. Він повинен знати клініку, методи профілактики, діагностики та лікування основних соматичних та інфекційних захворювань, патологічних станів у дітей; суб'єктивні, об'єктивні та спеціальні методи обстеження дітей, трактування даних цих обстежень; сучасну класифікацію дитячих хвороб; питання організації та завдання гігієнічного навчання і виховання дітей тощо.

Проте Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників не охоплює весь спектр професій, які користуються сьогодні попитом у сфері охорони здоров'я. Зокрема йдеться про косметологічні послуги, пов'язані з призначенням медичних препаратів і застосуванням ін'єкцій. Такі послуги здійснюються суб'єктами, які провадять господарську діяльність з надання побутових послуг населенню без відповідної освіти [565, с. 106]. Автори статті «Моніторинг ринку праці в галузі практичної косметології в Україні» провели інтерв'ювання понад 200 співробітників косметологічних закладів різних регіонів України і дослідним шляхом установили, що сьогодні в галузі

косметології працюють усі охочі незалежно від профільної освіти. 38 % респондентів мають медичну освіту (15 % з них закінчили вищі медичні установи). 19 % респондентів мають фармацевтичну освіту і кваліфікацію провізора загального профілю або провізора-косметолога. Решта – 37,5 % респондентів – закінчили технічні, економічні, педагогічні, авіаційні, автодорожні, інженерно-будівельні, фізкультурні та інші заклади вищої освіти і після отримання основної професії вирішили (з різних причин як особистого, так і професійного характеру) зайнятися практичною косметологією, закінчивши відповідні курси. 5,5 % респондентів працюють у косметологічних закладах після закінчення середньої школи, пройшовши підготовку на курсах з косметології [183, с. 49]. Очевидно, що подібна різноманітність освітнього рівня співробітників косметологічних закладів негативно позначається на їх професіоналізмі і кваліфікації. Саме брак кваліфікованого персоналу є однією з основних проблем у сфері косметології в Україні. Це пов'язано з відсутністю єдиних державних освітніх стандартів підготовки кадрів для цієї сфери, що є наслідком браку законодавчої бази, яка регламентує діяльність косметологічних закладів [565].

Варто зауважити, що згідно з Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, затверджених наказом МОЗ України від 29.03.2002 № 117 [99] серед професіоналів в області косметології професії «косметолог» немає. «Косметолог» вживається лише у словосполученні з «провізором». Нормативно закріплена така професія як «провізор-косметолог». Водночас відповідно до класифікатора професій ДК 003:2005 в Україні є така професія, як «косметик» (№ 5141.2), що означає фахівець, який займається штучним доданням краси особі, тілу, підтриманням їх здорового стану, свіжості [264].

Сьогодні в косметологічних закладах працюють фахівці різних кваліфікаційних і освітніх рівнів, котрі, як правило, пройшли додаткове навчання на короткострокових курсах з косметології. Закінчивши такі курси

навчання особа отримує професію, що є нелегітимною на державному рівні. Пов'язано це з тим, що в різних сертифікатах, дипломах, посвідченнях, виданих після проходження такого навчання, зазначаються професії, яких немає у Класифікаторі професій України [264].

Саме ж законодавство, яке регламентує порядок надання косметологічних послуг в Україні не відповідає сучасним вимогам сфери косметології, оскільки затверджено було у 1982 році [267] і передбачає надання лікувально-діагностичних, консультативних послуг з питань захворювань шкіри та косметичних дефектів шкіри лікарем дерматовенерологом косметологічного кабінету і надання косметичних процедур лише медичною сестрою, яка має спеціальну підготовку з проведення косметичних процедур, перелік яких чітко визначений у Наказі [267]. Отже, діяльність інших осіб на ринку косметологічних послуг є незаконною. Враховуючи те, що для надання косметологічних послуг потрібні різні знання щодо дії біологічних речовин і правильне визначення спектру косметологічних процедур, залежно від стану здоров'я особи, особливих показників стану шкіри тощо логічним видається висновок, що косметологічні послуги та допомогу населенню може надавати «провізор-косметолог», як особа, яка має диплом державного зразка, та термін освіти не менше 5 років, яка розуміє яким чином може вплинути той чи інший препарат на індивідуальні характеристики зовнішності та здоров'я особи. Що стосується косметика, тобто особи, яка закінчила недовготривалі курси, що мають комерційну основу, то така особа не може надавати косметологічні послуги та косметологічну допомогу населенню [565].

Ще однією важливою складовою міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я є інформована згода. Так, у ст. 5 Конвенції про захист прав людини та людської гідності щодо застосування біології та медицини [162] вказано, що будь-яка медична процедура може проводитись тільки після того як пацієнт вільно надасть інформовану згоду. У ст. 43 Основ законодавства

України про охорону здоров'я зазначено, що «згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників» [272].

Критеріями правомірності згоди або відмови пацієнта від медичного втручання є: 1. Інформованість; 2. Добровільність; 3. Компетентність.

Інформація, яка повинна бути надана пацієнту, складається з двох блоків, а саме: загального, тобто медичної інформації і спеціального, тобто інформації, яка стосується запропонованого медичного втручання в кожному конкретному випадку, а не загалом методів лікування конкретного захворювання [564, с. 111]. Отримавши таку інформацію пацієнт повинен підписати документ, що засвідчує його згоду на медичне втручання. Наприклад МОЗ України розробило і затвердило типову форму інформованої згоди пацієнта на проведення діагностики та лікування згідно з клінічним протоколом медичної допомоги «COVID-19» [404; 344] (Додаток Г).

В інших випадках для позначення згоди використовується спеціально визначена наказом МОЗ України форма № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» [130]. Вона повинна міститись, зокрема, у медичній карті стаціонарного хворого, а копія цього документа має надаватись пацієнтові, і він повинен засвідчити її підписом. Форму можна використовувати в медичній карті амбулаторного хворого, медичній карті стаціонарного хворого, медичній карті переривання вагітності, історії вагітності і пологів [488, с. 105].

Відсутність такої згоди є порушенням міжнародних і галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Перспективним напрямом забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, в частині доступу до медичних послуг, є розробка та затвердження єдиного стандарту для медичних працівників, які практикують телемедицину.

Телемедицина – це використання телекомунікаційних технологій та інформаційних технологій для клінічних, медичних послуг у різних районах країни, зокрема й віддалених, або для допомоги лікарям в разі екстреної ситуації зі швидкого реагування із визначенням правильного діагнозу [43, с. 58].

В європейських країнах телемедицина активно розвивається. Успішними є проекти її розвитку у Норвегії, Данії, Німеччині, Естонії, Фінляндії, Франції та Італії. Останнім часом зростає попит на телемедицину в Канаді, Китаї, Японії і США [43, с. 53].

Правове регулювання телемедицини в Україні регламентовано наказом МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [381], де телемедицина визначена як комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями.

Окрім міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я затвержені регіональні і галузеві медичні стандарти.

Прикладом регіонального медичного стандарту є Європейська хартія прав пацієнта, яка містить 14 прав. До них віднесено: право на профілактичні заходи; право на доступність; право на інформацію; право на згоду; право на свободу вибору; право на приватність на конфіденційність; право на повагу до часу пацієнта; право на дотримання стандартів якості; право на безпеку; право на інновацію; право на уникнення, за можливості, страждань та болю; право на індивідуальний підхід до лікування; право на подачу скарги; право на компенсацію [108].

В умовах реформування української медицини має місце недотримання більшості зазначених вище прав. Як приклад можна навести порушення права на доступність до паліативної допомоги та права на уникнення, за можливості, страждань та болю, а також права на дотримання стандартів якості такої допомоги. Так, доступ до паліативної допомоги в Україні сьогодні мають лише 15% паліативних хворих. Наразі в країні бракує паліативних відділень, хоспісів і професійного медичного персоналу [532, с. 171], МОЗ України не затверджені стандарти якості надання такої допомоги. До того ж чинна сьогодні в Україні жорстка система контролю за обігом опіоїдних анальгетиків унеможлиблює забезпечення нормального, цивілізованого доступу до абсолютно необхідних знеболювальних ліків для людей, що страждають від нестерпного болю [616, с. 680].

Першою галузевою розробкою медичних стандартів у системі охорони здоров'я країни були «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей» [405].

Наразі державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії регламентовано Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [353]. У ст. 14-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

– стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

– клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;

– таблиць матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);

– лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним [272].

У цій статті також вказано, що галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є і «інші норми, правила та нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я», а також наголошено, що «додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, таблиць матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики [272].

Наведемо приклад протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID – 19), який затверджений наказом МОЗ України від 02.04.2020 р. [404]. Протокол розроблено відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) [328]. У цьому протоколі зазначено, що на момент його затвердження відсутнє специфічне протівірусне лікування коронавірусної хвороби (COVID-19), а також вказано, що протокол містить інформацію щодо лікарських засобів, які зареєстровані з іншими показаннями або не зареєстровані в Україні [328, с. 4]. Протокол містить вступ,



паспортну частину, загальну частину, основну частину, яка складається із трьох таблиць, де розписано лікування пацієнтів дорослого віку, передбачено варіанти схем лікування для дорослих пацієнтів і лікування пацієнтів дитячого віку із підтвердженим випадком, підозрілим випадком із клініко-епідеміологічним підтвердженням, тяжким перебігом.

Згодом було прийнято оновлений протокол [344], яким дозволено лікування поза протоколом і застосування лікарських засобів, що не зареєстровані. Однак лікар застосовуватиме їх на власний ризик. Як слушно зазначає В. Франків, «застосовуючи лікарські засоби, навіть, які вже дозволені, лікар все одно ризикує. Вони можуть бути поза протоколом, поза реєстрацією (якщо на це дав згоду пацієнт). Тому що може бути фізіологічна особливість чи специфічна реакція організму. І зрештою лікар нестиме ризик такого негативного впливу» [555] і юридичну відповідальність за лікування такого пацієнта.

Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу затверджено наказом МОЗ України від 26.01.2018 № 148 [403] (Додаток Д). Для інших видів медичної допомоги (вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної) табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я ще не затверджено.

Лікарський формуляр також відноситься до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Прикладом такого стандарту є Державний формуляр лікарських засобів. Державний формуляр лікарських засобів це – керівництво з раціонального використання лікарських засобів, що містить перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, який включає якісні, ефективні, безпечні, економічно доцільні лікарські засоби, що доведено доказовою медициною та практикою медичного застосування [441]. МОЗ України затвердило Положення про

Державний формуляр лікарських засобів, яким встановило вимоги до структури, змісту, розробки, перегляду та оновлення Державного формуляра як основи регіональних формулярів лікарських засобів та локальних формулярів лікарських засобів закладів охорони здоров'я [441]. У Положенні зазначено, що Державний формуляр співвідноситься з медичними стандартами, уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги, що затверджені наказами МОЗ України, в частині фармакотерапії. Також визначено структуру та зміст Державного формуляра [441].

У 2019 р. відповідно до статті 14-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я [273], Методики створення формулярів лікарських засобів та Положення про Державний формуляр лікарських засобів, затверджених наказом МОЗ України від 22.07.2009 № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я», на виконання Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки, затвердженої наказом МОЗ України від 13.09.2010 № 769 (у редакції наказу МОЗ України від 27.03.2013 № 242), Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, затвердженої наказом МОЗ України від 16.09.2011 № 597, зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 23.05.2014 № 355, з метою подальшого удосконалення державної формулярної системи та забезпечення найбільш раціональних, високоефективних та економічно доцільних методів фармакотерапії на принципах доказової медицини наказом МОЗ України [382] затверджено одинадцятий випуск Державного формуляра лікарських засобів. Державний формуляр містить загальну інформацію, основні розділи та додатки. Основні розділи формуляра структуровані за групами лікарських засобів (далі – ЛЗ), що застосовуються в фармакотерапевтичному лікуванні хвороб та станів відповідно напрямку медицини, в яких переважає консервативна терапія. Лікарські засоби у Державному формулярі систематизовані за міжнародною непатентованою

назвою. Інформація про ЛЗ, що включені до Державного формуляра, подається відповідно до формату формулярної статті. Джерелом наповнення формулярної статті є чинна Інструкція для медичного застосування оригінального ЛЗ, зареєстрованого в Україні; за відсутності реєстрації в Україні оригінального ЛЗ використовується Інструкція генеричного ЛЗ, що першим був зареєстрований в Україні. Формулярні статті розроблено тільки на монопрепарати, оскільки вони є пріоритетними для включення до формуляра [87, с. 13].

Регіональний формуляр – перелік лікарських засобів з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання в даному регіоні [441].

У п. 5 Положення про регіональний формуляр лікарських засобів зазначено, що Регіональний формуляр розробляється Формулярним комітетом МОЗ АРК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій на основі Державного формуляра лікарських засобів у вигляді міжнародних непатентованих назв лікарських засобів з врахуванням чинних галузевих стандартів та протоколів медичної допомоги та наявних ресурсів [306].

У 2009 році також було затверджено Положення про локальний формуляр лікарських засобів закладу охорони здоров'я [441] (далі – Положення), а у 2014 році до нього було внесено зміни, які сприяли посиленню контролю за обігом лікарських засобів [341]. У Положенні зазначено, що Основою локального формуляра лікарських засобів закладу охорони здоров'я є Державний формуляр лікарських засобів [441].

Локальний формуляр це – перелік лікарських засобів з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання коштів закладу охорони здоров'я [441]. У п. 5.2 Положення зазначено, що Локальний формуляр складається з міжнародних непатентованих назв за фармакотерапевтичними групами, визначеними у Державному

формулярі лікарських засобів. До складу Локального формуляра входить також алфавітний покажчик лікарських засобів за міжнародними непатентованими назвами з відповідним зазначенням торгових назв, визначених за результатами закупівлі [441].

Варто також зазначити, що у 2011 році було затверджено Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року [373]. На думку її розробників програма мала бути спрямована на вдосконалення управління в охороні здоров'я, забезпечення орієнтованої на пацієнта якості, клінічно ефективної та безпечної медичної допомоги. Таку мету, на думку розробників цієї програми, можливо досягнути за умови застосування єдиних підходів до ліцензування, сертифікації, акредитації і атестації. У методологічному плані основою розробленої програми стала Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини [440] (далі – Методика). У Методиці було визначено механізм розробки та впровадження науково-обґрунтованих медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини. До комплекту медико-технологічних документів віднесено: адаптовану клінічну настанову (основу); стандарти медичної допомоги, які розробляються в обмеженій кількості відповідно до пріоритетів системи охорони здоров'я для найбільш актуальних медичних проблем; новий клінічний протокол медичної допомоги, який затверджується шляхом вибору клінічної настанови, що підлягає застосуванню на території України, її перекладу українською мовою або викладення англійською мовою чи мовою оригіналу; уніфікований клінічний протокол медичної допомоги, який розробляється на основі стандарту медичної допомоги (класичний спосіб) або на основі адаптованої клінічної настанови за відсутності стандарту медичної допомоги (прямий або скорочений спосіб).

У Методиці розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини окреслено Основні етапи розробки медико-технологічних документів, а також затверджено Порядок опрацювання медико-технологічних документів [440].

У 2012 р. наказом МОЗ України було затверджено: Методику розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини; Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги; Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини; Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги [440].

Наведемо види стандартів, якими слід користуватись при наданні медичної допомоги (згідно з чинним законодавством): 1) клінічний маршрут пацієнта – алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я або різними закладами, які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні; 2) уніфікований клінічний протокол; 3) новий клінічний протокол.

Акцентуємо увагу на належність затвердження документа, його форму, у разі нормативного закріплення вимог. Наприклад, клінічний маршрут пацієнта розробляється у довільній формі з урахуванням особливостей відповідного закладу охорони здоров'я. Клінічний маршрут слугує інструментом втілення клінічних протоколів у практику при наданні медичної допомоги пацієнтам. Нормативно не встановлено суб'єкта його затвердження. Вбачається, що таким має бути керівник.

Нові клінічні протоколи є двох видів, які відрізняються підходом до укладання. Так, новий клінічний протокол, затверджений МОЗ України (перекладений державною мовою) вважатиметься нормативно-правовим актом. Однак такий саме протокол, затверджений МОЗ України шляхом посилання на

джерело розміщення чи публікації, до того ж документ викладено, наприклад, англійською мовою, не є нормативно-правовим актом, оскільки затверджене посилання на джерело його розміщення не є нормою права, а також не забезпечено переклад його тексту державною мовою. Натомість перекладений і затверджений генеральним директором закладу охорони здоров'я або іншою уповноваженою особою відповідно до статуту новий клінічний протокол буде нормативним актом локального характеру, обов'язковим для конкретного закладу охорони здоров'я. Нові клінічні протоколи, затверджені наказом закладу охорони здоров'я, не є локальними протоколами, а нормативними документами локального характеру, тобто сфера їх дії – конкретний заклад охорони здоров'я [489, с. 14].

Звертаємо увагу на те, що створення локальних протоколів не передбачено у закладах охорони здоров'я, починаючи з 2017 р. [440]. Утім такі протоколи передбачені у п. 13 переліку, в якому йдеться, що в ліцензіата повинні бути затверджені в установленому законом порядку локальні протоколи. Тобто, як слушно зазначає І. Я. Сенюта, на практиці має місце нормативний дисонанс [489, с. 14].

Також викликає занепокоєння відсутність великої кількості стандартів у сфері охорони здоров'я. Приміром, сьогодні кесарський розтин медичні працівники здійснюють без стандарту, адже наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 977 [342] втратив чинність ще 08.05.2014 р. Якщо до 01.03.2021 р. МОЗ України не напрацює стандартів, то система охорони здоров'я втратить 90 актів, тобто є загроза залишитися без стандартів, адже 28.02.2020 був прийнятий наказ МОЗ України № 590 [324], який набере чинності з 01.03.2021 і скасує численні стандарти. Проте слід зважати на стрімкий розвиток суспільних відносин, зокрема й у сфері охорони здоров'я, а відтак, розробка і впровадження медичних стандартів є динамічним процесом, що потребує особливої уваги з боку МОЗ України.

Наведене доводить, що робота щодо стандартизації медичної допомоги і приведення її до вимог міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я триває. При цьому дотримання ратифікованих Україною міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я є метою і програмною настановою для успішного реформування сфери. Утім варто пам'ятати, що досвід розвитку західноєвропейських країн, їхні високі стандарти у сфері охорони здоров'я здебільшого забезпечені матеріальними цінностями, а відтак, не можуть бути у незмінному вигляді перенесені на український ґрунт без адаптації до національних традицій і сучасних реалій [246, с. 195].

Охорона здоров'я та життя людей є пріоритетною сферою, у якій здійснюється адаптація законодавства України до законодавства ЄС в межах процесу інтеграції України до ЄС. Відповідно до Закону України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» [365] адаптація законодавства України у сфері охорони здоров'я здійснюється як першочерговий етап виконання Загальнодержавної програми.

Одним із кроків МОЗ України у цьому напрямі стало впровадження на добровільних засадах сертифікації системи управління якістю в закладах охорони здоров'я відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 «Система управління якістю. Вимоги» (ISO 9001:2008, IDT) [103]. Так, наказом МОЗ України від 20.12.2013 № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14.03.2011 № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [323], крім іншого, змінені критерії акредитації на вищу категорію закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Згідно з новими вимогами крім набрання від 90 до 100% від максимально можливого обов'язковою умовою акредитації є наявність сертифіката про відповідність впровадженої в закладі

системи управління якістю вимогам національного стандарту ДСТУ ISO 9001 [586].

Сертифікація у сфері охорони здоров'я – добровільна процедура, за допомогою якої визнаний в установленому порядку орган документально засвідчує відповідність систем управління якістю суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я встановленим законодавством вимогам [368].

Таким органом є Головна акредитаційна комісія при МОЗ України (далі – ГАК) [343], яка створена відповідно до постанови Кабміну України від 15.07.97 № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» для проведення акредитації закладів охорони здоров'я, крім фармацевтичних (аптечних) закладів [391]. Згідно з Положення про ГАК при МОЗ України [299] ГАК проводить акредитацію закладів державної, комунальної (зокрема закладів, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій) і приватної форм власності.

При прийнятті рішення щодо віднесення закладу до відповідної категорії ГАК видає акредитаційний сертифікат (Додаток Е).

Варто зазначити, що сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту є відносно новим напрямом у порядку акредитації закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Проте це перспективний напрям удосконалення роботи лікувального закладу і суттєвого покращення якості медичних послуг.

Завдяки застосуванню підходів ISO 9001 у системі управління якістю закладу охорони здоров'я [266] можливо вирішити багато внутрішніх і зовнішніх запитань, наприклад поліпшити його загальну дієвість та забезпечити міцну основу для ініціатив щодо сталого розвитку; покращити якість медичних послуг, тим самим підвищити задоволеність пацієнтів; стати конкурентоспроможним на внутрішньому та зовнішніх ринках; надавати платні



медичні послуги за світовими цінами; налагодити співпрацю з закордонними партнерами (зокрема, щодо отримання інвестицій); забезпечити прозорість та легкість управління діяльністю закладу охорони здоров'я; запровадити механізм постійного покращення системи управління якістю закладу охорони здоров'я та підвищити ефективність роботи співробітників на всіх рівнях.

#### **4.3. Форми та методи адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Відносини, які розвиваються в середині національної системи охорони здоров'я, як і будь-які інші явища мають свій зовнішній вираз – форми, в які вони втілюються. Ці форми відіграють важливу роль, оскільки саме за їх допомогою втілюються в життя правові приписи, виконуються правові норми, а також вчиняються дії, які тягнуть за собою виникнення, зміну або припинення правових відносин.

Зі свого боку адміністративно-правові форми забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я дають змогу здійснити ряд дій організаційно-розпорядчого характеру, завдяки яким стає можливим надання якісної та кваліфікованої медичної допомоги, за рахунок створення раціональної організації системи охорони здоров'я, надання необхідної сучасної матеріально-технічної бази, підготовки висококваліфікованих лікарів і інших співробітників сфери охорони здоров'я, а також здійснення загальної оптимізації функціонування закладів охорони здоров'я [146, с. 65].

У загальнонауковому розумінні під формою (від. лат. *forma*) розуміють «контури, зовнішнє вираження сутності» [504]. Форма (джерело) права – це спосіб зовнішнього оформлення правових норм, який засвідчує їхню державну

загальнообов'язковість; тобто це способи вираження і закріплення державної волі.

Відповідно до тлумачного словника української мови «форма» – це тип, будова, спосіб організації чого-небудь; спосіб існування змісту, його внутрішня структура, організація та зовнішній вираз [592, с. 627].

На думку В. Котюка, форма означає зовнішнє оформлення, вираження певного соціального явища [181, с. 31].

Дослідження форм адміністративного права з використанням терміна «форма» бере початок у науковій творчості В. Л. Кобалевського, якого, як справедливо зауважив К. С. Бельский [27], можна назвати батьком концепції форм адміністративного права. Аналіз праць того часу показує, що цей учений вперше використав термін «форма адміністративного права», до змісту якого ввів такі категорії, як нормативні акти (укази), індивідуальні акти (адміністративні розпорядження), публічно-правові угоди, матеріальні операції, приватноправові угоди адміністрації, адміністративний примус. У 1914 році А. І. Єлістратов у своєму підручнику під назвою «Основныя начала административного права» у межах окремої глави розглянув поняття та види публічно-правових актів [104]. Водночас необхідно зазначити, що у цей період дослідження форм адміністративного права зводилося лише до виділення переліку способів зовнішнього вираження діяльності носія державного управління без проведення детального аналізу та наукового обговорення самої категорії «форма адміністративного права», що було зроблено вже у більш пізніх працях з адміністративного права [563, с. 262].

Варто зазначити, що в науці адміністративного права дослідження форм є доволі популярним напрямом. Учені досліджують форми залежно від напрямку діяльності і конкретної сфери. Відтак адміністративно-правові форми управління у сфері забезпечення екологічної безпеки розглядав Л. О. Ємець [109]; форми адміністративно-правового забезпечення банківської діяльності

вивчала І. Я. Хитра [557]; форми діяльності публічної адміністрації у сфері забезпечення судової гілки влади досліджував А. Іванищук [127]; правові форми публічного адміністрування при здійсненні реєстраційних дій – Я. В. Журавель і В. І. Теремецький [114]; форми державного управління у податковій сфері – В. І. Теремецький [531]; форми забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – С. В. Книш [146]; форми публічного адміністрування – В. К. Колпаков і О. В. Кузьменко [193]; форми адміністративної діяльності – Ю. І. Римаренко, Є. І. Мойсеев та В. І. Олефір [467] та багато інших учених.

Завдяки аналізу наведених вище форм можна виокремити їх спільні ознаки, до яких належать: дія суб'єктів (управлінська дія), що виражається у зовнішньому вигляді, матеріальне вираження та наслідки.

За допомогою форм практично реалізуються функції адміністративної діяльності, а від різноманітності використання цих форм залежить ефективність діяльності загалом. Вид конкретної форми визначається характером дій суб'єктів адміністративної діяльності, які здійснюють виконання покладених на них функцій. В одних випадках такі дії тягнуть за собою юридичні наслідки, а в інших – ні [317, с. 125].

Українські учені В. В. Галуцько та В. І. Курило під формами діяльності публічної адміністрації розуміють зовнішнє вираження однорідних за своїм характером і правовою природою груп адміністративних дій посадових осіб і органів публічної адміністрації, здійснене в межах режиму законності та компетентності для досягнення адміністративно-правової мети – публічного забезпечення прав і свобод людини і громадянина, нормального функціонування громадянського суспільства та держави [57, с. 225–226].

Вони поділяють форми діяльності суб'єктів публічної адміністрації за характером і правовою природою на: 1) видання адміністративних актів (видання підзаконних нормативно-правових актів; видання індивідуальних

адміністративних актів); 2) укладення адміністративних договорів; 3) учинення інших юридично значущих адміністративних дій; 4) здійснення матеріально-технічних операцій. При цьому під учиненням інших юридично значущих адміністративних дій вони розуміють дії, які безпосередньо створюють нове юридичне положення, змінюють наявні правовідносини або стають необхідною умовою для настання зазначених правових наслідків – незалежно від того, чи були вони спрямовані на ці наслідки, чи ні. А під здійсненням матеріально-технічних операцій мається на увазі забезпечення публічною адміністрацією збирання, зберігання й оброблення інформації, використання технічних засобів, створення матеріально-технічних умов праці тощо. Вони в системі форм адміністративної діяльності суб'єктів публічної адміністрації виконують допоміжну роль [57, с. 132–139].

Це підтверджується поглядами інших учених. Так, на думку С. О. Семко, форми діяльності суб'єктів публічної влади – це зовнішнє вираження однорідних дій, операцій, процедур, які здійснюють органи публічної влади, їхні структурні підрозділи й посадові особи для реалізації закріплених за ними функцій і компетенції [487]; Ю. А. Шпак визначає форму діяльності органів місцевого самоврядування як будь-яке зовнішнє вираження конкретних однорідних дій цих органів, їхніх структурних підрозділів і службових осіб, здійснюване з метою реалізації функцій управління [581, с. 60].

Форми управлінської діяльності залежно від наявності юридичних наслідків її здійснення, а саме – встановлення, зміни чи припинення адміністративно-правових відносин, прийнято поділяти на правові і неправові (організаційні) [23, с. 151; 6, с. 122–126; 531].

Правові форми пов'язані з наявністю у суб'єкта повноважень, на підставі яких він може встановлювати конкретні правила поведінки шляхом відображення у нормах права і закріплення у нормативно-правових актах [146, с. 66].

Класифікувати правові форми можна за такими критеріями: терміном дії (довгострокові, короткострокові, чітко визначеними термінами); суб'єктами видання; об'єктом; видами (нормативно-правові, програмно-цільові, організаційно-розпорядчі); юридичними властивостями (нормотворчі, індивідуальні, змішані); залежно від порядку прийняття (одноосібні, колегіальні); ступенем правової регламентації (правові, неправові (організаційні)); сферою застосування (внутрішньоорганізаційні, зовнішні); юридичними наслідками (зобов'язуючі, заборонні, уповноважуючі); характером мети (стратегічні, тактичні, оперативні); функціональним змістом (планові, організаційні, прогнозуючі); ступенем ефективності (оптимальні, раціональні); ступенем повноти інформації (прийняті в умовах визначеності, невизначеності і ризику); причинами виникнення (ситуаційні, пов'язані з характером обставин, що виникають; рішення, що виникають за приписом (розпорядженням) вищестоящих органів; програмні, пов'язані із включенням в певну структуру програмно-цільових відносин, заходів; ініціативні, пов'язані з виявленням ініціативи суб'єкта владних повноважень; епізодичні й періодичні); організаційним оформленням (жорсткі; орієнтовні; гнучкі; нормативні); способом вираження (письмові, усні, символічні) [563, с. 268–299].

На думку А. П. Коренева, характерна риса правової форми управління полягає в тому, що тут найбільш чітко проявляється державно-владний, виконавчо-розпорядчий, підзаконний характер повноважень органів управління та їх посадових осіб [2, с. 175].

В. Б. Авер'янов до правових форм відносив ті, використання яких спричиняє виникнення конкретного юридичного результату: видання юридичних актів, застосування примусових заходів тощо; вони виступають як юридичні факти і можуть породжувати (змінювати, припиняти) адміністративно-правові відносини. До неправових належать форми, які безпосередньо юридичного значення не мають, тобто не спричиняють

виникнення конкретного юридичного результату: організація та проведення нарад, обговорень, розробка проектів планів, прогнозів, програм, методичних рекомендацій, здійснення заходів щодо підвищення якості та ефективності управлінської праці і т. ін. [3, с. 278].

Схожих поглядів дотримується Ю. П. Битяк, який зазначає, що в процесі управлінської діяльності відповідні органи виконавчої влади (посадові особи) на основі чинного законодавства самостійно встановлюють обов'язкові правила поведінки (норми права) з питань, що віднесені до їх компетенції. Тобто діяльність органів управління пов'язана з виданням правових актів, які тягнуть за собою певні юридичні наслідки, ведуть до виконання, зміни або припинення адміністративних правовідносин між суб'єктом і об'єктом управління і є правовими формами. Здійснення виконавчої влади в правовій формі є виразом того, що повноваження, якими наділені управлінські органи, мають державно-владний характер [6, с. 134].

Отже, правові форми управлінської діяльності стосуються видання нормативних та індивідуальних актів управління. Нормативні акти управління видаються органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, а також керівниками закладів охорони здоров'я і адресовані невизначеному колу осіб. На відміну від нормативних актів управління, індивідуальні акти не призначені для регулювання широкого кола адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, а є підставою виникнення, зміни чи припинення конкретних адміністративно-правових відносин і мають чітко визначеного адресата та, як правило, застосовуються лише раз.

Серед нормативних актів управління можна виділити розпорядження Кабміну України від 30.11.2016 № 1013-р. «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [442]; постанову Кабміну України від 27.11.2019 № 1124 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020

році» [397]; наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» [379] та інші.

До індивідуальних актів управління можна віднести, наприклад, розпорядження та накази про призначення або звільнення з посад певних осіб, що формують або реалізують політику держави у сфері охорони здоров'я, зокрема «Про призначення Степанова М. В. Міністром охорони здоров'я України» [430]; «Про звільнення Ємця І. М. з посади Міністра охорони здоров'я України» [409] тощо.

За видавниками акти управління у сфері охорони здоров'я можна класифікувати на ті, що видаються Президентом України, МОЗ України, іншими центральними органами виконавчої влади, місцевими органами виконавчої влади, зокрема:

1) Указ Президента України «Про введення в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України від 13.03.2020 року «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [322] або Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [419];

2) постанова Кабміну України від 27.11.2019 № 1124 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році» [397] або розпорядження Кабміну України від 30.11.2016 № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [442];

3) наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» [375] або наказ МОЗ України від

02.02.2011 № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» [379];

4) розпорядження Київської обласної державної адміністрації від 12.03.2020 № 138. «Про запобігання поширенню на території Київської області коронавірусу COVID-19» [369].

За формою можна виділити такі види актів управління у сфері охорони здоров'я:

1) постанови – акти управління, як правило, нормативного характеру, що приймаються на вищому і центральному рівнях виконавчої влади з важливих питань реформування системи охорони здоров'я [380; 93].

2) розпорядження – це, як правило, індивідуальні акти управління, які приймають одноособово на всіх рівнях управлінської ієрархії держави, їх юридична сила залежить від характеру питання, що вирішується, та правового становища конкретного носія розпорядження [442];

3) накази є найбільш категоричною регламентуючою формою передання рішення. Можуть бути як нормативними, так і індивідуальними [374; 323];

4) інструкції – акти управління, що визначають порядок здійснення певних дій, робіт. Вони видаються і діють у зв'язку з виданням закону або акта управління, що потребують встановлення порядку їх виконання [129].

Окрім цього, у сфері охорони здоров'я слід виділити і такі особливі види управлінських актів, як переліки, критерії, нормативи. На цій підставі можна стверджувати, що за назвою відповідні управлінські акти у сфері охорони здоров'я слід поділяти на укази, постанови, накази та розпорядження, натомість за формою вони можуть мати вид інструкцій (порядків), переліків, критеріїв та нормативів, що можуть бути затверджені постановами та наказами. До них можна віднести:

1) наказ МОЗ України від 28.03.2013 № 244 «Про затвердження порядку контролю за додержанням ліцензійних умов провадження певних видів



господарської діяльності та уніфікованих форм актів, які складаються за результатами планових перевірок додержання суб'єктом господарювання ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються» [395];

2) наказ МОЗ України від 24.02.2007 № 92 «Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів» [377];

3) наказ МОЗ України від 21.01.2016 № 29. «Про затвердження Інструкції по заповненню форми первинного обліку документації N 096/о «Історія вагітності і пологів N \_\_\_\_\_» [376].

Також, ВЖР України затверджує порядки: застосування методів профілактики, діагностики, лікування, медичної реабілітації та лікарських засобів, які перебувають на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування [304].

Щодо адміністративного договору у сфері охорони здоров'я варто зазначити, що подальшого розвитку набуває тенденція до все більшого використання інституту договору у вітчизняній сфері охорони здоров'я, насамперед, щодо надання медичної допомоги. Актуальним є формування базової моделі договору про надання медичних послуг, яка враховуватиме особливості цих правовідносин, зокрема, у процесі оплатного й безоплатного надання медичної допомоги. В обох випадках йдеться про договірний характер цих відносин. Правовідносини, які виникають під час надання оплатних медичних послуг, регулюються переважно нормами цивільного права, а саме ст. 901 ЦК України (договір про надання послуг) [559]. Гарантована державою безоплатна медична допомога, яка також має договірний характер, надається в межах обов'язкового державного соціального страхування, основу якого становить договір медичного обслуговування населення, укладений НСЗУ на користь громадянина із закладом охорони здоров'я на надання медичних послуг за програмами державних гарантій медичного обслуговування населення.

За своєю юридичною природою надання безоплатної медичної допомоги за програмами державних гарантій медичного обслуговування має ознаки публічних соціальних послуг та зумовлене цим посилення публічно-правових засад з використанням конструкції договору медичного обслуговування при збереженні передбачених ЦК України загальних (базових) умов договору про надання медичних послуг.

Варто зазначити, що інститут адміністративного договору у сфері охорони здоров'я є новим і малодослідженим. Утім серед новітніх публікацій з цієї проблематики слід відмітити статтю В. І. Теремецького у співавторстві з іншими науковцями, у якій розкрито основні теоретико-практичні проблеми, що виникли при введенні договірної регулювання правовідносин між пацієнтом і лікувальним закладом [528], а також статтю В. І. Теремецького і С. В. Книш, у якій автори розмежували за певними критеріями цивільний (метою його укладення є отримання медичної допомоги та медичного обслуговування) та адміністративний (забезпечує реалізацію особі права на отримання медичної допомоги чи безоплатне обслуговування) договори у сфері охорони здоров'я [148].

Також у сфері охорони здоров'я здійснюється судово-медична експертиза, медико-соціальна експертиза, експертиза матеріалів клінічних випробувань.

МОЗ Україні затверджує порядок проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян; порядок проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів і експертизи матеріалів клінічних випробувань з метою їх застосування у клінічній практиці, а також здійснює: медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; проводить клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги; медико-соціальну експертизу з

метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності особи; затверджує порядки проведення судово-медичної експертизи та судово-психіатричної експертизи [304].

Правові форми управлінської діяльності не можуть охопити всю її різноманітність. Тому поза межами правових форм залишаються ті дії, які не тягнуть за собою настання юридичних наслідків, тобто не призводять до виникнення, зміни чи припинення адміністративно-правових відносин. Водночас вони є не менш важливими для виконання поставлених перед суб'єктами управлінської діяльності завдань, без яких їх виконання вбачається неможливим. Йдеться про неправові форми управлінської діяльності, зокрема проведення організаційних заходів і здійснення матеріально-технічних операцій, які носять організаційний, а не нормативний характер. Вони або передують правовим формам або є їх наслідком, а тому безпосередньо пов'язані з правом хоча і здійснюють опосередкований, а не прямий вплив [146, с. 67].

Прикладами неправових форм є розроблення спеціалізованих програм (наприклад, Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» [380]) або конференцій, круглих столів, публічних обговорень (наприклад, Концепції професійного ліцензування лікарів) [457]; організація та проведення нарад і інструктажів; роз'яснення змісту окремих положень нормативно-правових актів; здійснення контролю та нагляду тощо.

До неправових форм Ю. І. Крегул відносить: «проведення нарад, обговорень, перевірок, розробку проектів, планів, прогнозів, програм, методичних рекомендацій, заходів щодо підвищення якості та ефективності управлінської роботи» [186, с. 276].

Наведені організаційні (неправові) заходи спрямовані на забезпечення ефективної діяльності системи управління у сфері охорони здоров'я та поділяються на організаційні дії та матеріальнотехнічні операції [531, с. 71].

Прикладом організаційних дій у сфері охорони здоров'я є моніторинговий візит 19.03.2020 міського голови О. Сенкевича разом з начальником управління охорони здоров'я ММР І. Шамрай до КНП ММР «Міська лікарню № 1» м. Миколаєва з метою контролю дотримання виконання правил, визначених МОЗ України, щодо роботи лікувального закладу в умовах пандемії COVIR-19, виконання наказів МОЗ України, обласного та міського управлінь охорони здоров'я. За результатами візиту перевірено стан роботи з організації госпітальної бази для лікування хворих на коронавірусну інфекцію та перепрофілювання закладу у разі потреби. Також були визначені першочергові роботи з організації госпітальної бази та фінансового забезпечення інфекційного шпиталю [238].

Матеріально-технічні операції призначені для опосередкованого забезпечення управлінського процесу, шляхом створення умов і представлення необхідних матеріально-технічних ресурсів для провадження діяльності спрямованої на виконання поставлених завдань [146, с. 67].

Як слушно зауважує В. К. Колпаков, виконання матеріально-технічних операцій має допоміжний характер. З їх допомогою обслуговується процес функціонування всієї публічної сфери. Ці операції спрямовано на утворення нормальних умов для виконання відповідними суб'єктами адміністративних функцій. До матеріально-технічних операцій належать дії з підготовки матеріалів для проведення організаційних заходів, діловодство, складання довідок, звітів, оформлення документів тощо. Роль і значення матеріально-технічних операцій не можна применшувати. Від них багато в чому залежить ефективність управлінської праці [171].

Прикладом матеріально-технічної операції у сфері охорони здоров'я є регламент ведення первинної медичної документації. Цей регламент виписаний у Листі МОЗ України від 19.04.2017 № 01.6/53/10422 і він є обов'язковим. Зокрема, у ньому зазначено, що: 1) дизайн-макет бланків форм первинної

облікової інформації не є обов'язковим для відтворення та передбачає можливість видозмінення зовнішнього вигляду полів заповнення без зміни черговості пунктів; 2) розмір і кількість полів для заповнення і сторінок можуть бути змінені, виходячи з необхідності внесення певного обсягу інформації; 3) вимоги щодо змісту лікарських записів про стан здоров'я пацієнта та частоти заповнення щоденників у формі 003/о «Медична карта стаціонарного хворого \_\_\_» здійснюється, виходячи з клінічної необхідності [488, с. 104].

До інших юридично значущих дій у сфері охорони здоров'я слід віднести здійснення реєстраційної дозвільної та ліцензійної діяльності, а також проведення акредитації. Так, МОЗ України, згідно з Положенням про МОЗ України [304] затверджує: критерії та стандарти акредитації закладів охорони здоров'я; єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності, а також здійснює: ліцензування господарської діяльності з медичної практики; ліцензування господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ; контроль за додержанням ліцензіатами вимог ліцензійних умов з медичної практики, банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ України; проводить акредитацію закладів охорони здоров'я у порядку, затвердженому постановою Кабміну України від 15.07.1997 № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» [391].

На думку Л. Ємеця, поділ форм управління на правові та неправові є дещо некоректним, оскільки так звані «неправові форми», хоча і напряду не зумовлюють настання відповідних правових наслідків, але все ж таки ґрунтуються на нормах права (наприклад, за органом закріплено повноваження щодо організації діловодства), а якщо навіть вони і неврегульовані нормативно, все одно їх застосування неодмінно має ґрунтуватися на принципі законності. Учений пропонує форми управління поділяти на адміністративно-правові та

організаційні. Основними ознаками адміністративно-правових форм, вважає Л. О. Ємець, є те, що саме в них проявляється підзаконний, владно-розпорядчий характер діяльності суб'єктів управління, їх підрозділів та посадових осіб. Така діяльність, на його думку, має адміністративно-правову природу, а отже, її зовнішні прояви можна визначити як адміністративно-правові.

Учений наводить такі ознаки адміністративно-правових форм: здійснюються від імені держави, встановлюються в нормативно-правових актах, є вираженням виконавчо-розпорядчих повноважень органів управління і пропонує до адміністративно-правових форм управління віднести видання нормативних та індивідуальних актів управління, укладання адміністративних договорів, вчинення інших юридично значущих дій [109, с. 63].

Залежно від умов розробки і реалізації управлінських рішень використовують їх різні адміністративно-правові форми, які забезпечуються виданням актів управління. Акти управління мають характерні риси: є правовою формою управлінського рішення; висловлюють юридично значиме волевиявлення суб'єкта виконавчої влади у вигляді розпорядження, обов'язкового для адресата; офіційний характер правового акта полягає в тому, що він видається від імені певної структурної одиниці державного апарату, виражає волю держави, тягне службові наслідки; видається в односторонньому порядку, тобто виражає волю тільки однієї сторони – суб'єкта виконавчої влади; має підзаконний характер, тобто повинний видаватися відповідно до закону; є рішенням повноважного органу виконавчої влади, що приймаються з питань і в межах його компетенції, визначеної законом; встановлює в сфері ведення конкретного суб'єкта виконавчої влади обов'язкові правила поведінки або регулює конкретні управлінські відносини і вирішує індивідуальні адміністративні справи; приймається з дотриманням певних встановлених процедур. Рішення суб'єкта влади стає правовим актом, коли воно належним чином оформлено; недотримання юридично-владних приписів тягне за собою

відповідальність винної сторони; можуть бути в установленому законом порядку опротестовані або оскаржені [517, с. 183].

Кожний адміністративний акт має свій зміст і форму. Зміст адміністративного акта включає три основні елементи: волевиявлення уповноваженого органу, яке не повинно виходити за межі його компетенції (це волевиявлення має бути вільним, тобто не формуватися під впливом обману, помилки чи примусу); юридичний суб'єкт цього волевиявлення (призначити, встановити, дозволити, надати, відкликати, позбавити, покарати і т.д.); умови, зобов'язання та доручення, що супроводжують основне рішення.

Виділяють такі основні вимоги, яким повинний відповідати кожний акт управління: 1) відповідність акта положенням Конституції, чинним законам та іншим нормативно-правовим актам з ієрархією цих актів у правовій системі; 2) непорушність і необмежуваність актом встановлених і гарантованих чинним законодавством прав, свобод і законних інтересів фізичних осіб, громадських об'єднань, підприємницьких і комерційних організацій; використання при виданні акта лише тих назв і визначень, які передбачені чинним законодавством; суворе дотримання встановленого порядку підготовки, обговорення та прийняття актів; видання акта уповноваженим на це органом, посадовою особою і суворо в межах їх компетенції [5, с. 282–283].

Загальна сутність форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні розкривається через такі характерні ознаки, зокрема вони: можуть мати як правовий, так і неправовий характер; виражають зовнішню діяльність суб'єктів управління в системі охорони здоров'я, результати якої можна спостерігати; є нормативно обмеженими; оскільки: по-перше, передбачені компетенцією суб'єктів управління, а по-друге, – реалізуються на підставі норм права, зокрема адміністративних; обумовлені необхідністю виконання завдань і вирішенням проблем, поставлених перед ними у сфері охорони здоров'я; переважно мають юридичну регламентацію; тягнуть за собою настання

зазвичай наслідків юридичного характеру чи призводить до здійснення юридично-значущих дій [146, с. 68].

До форм адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, на нашу думку, слід віднести: діяльність пов'язану з прийняттям законів та інших нормативно-правових актів, а також видання актів управління нормативного та індивідуального характерів; підготовку та прийняття юридично-значущих рішень у сфері охорони здоров'я на підставі правових норм; укладення адміністративних договорів; надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; здійснення інших дій, які мають юридичне значення та тягнуть правові наслідки в межах системи охорони здоров'я.

На підставі проведеного дослідження сформулюємо авторське визначення «форма адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я». Це – зовнішньо виражені однорідні дії органів державної влади, їх відокремлених та структурних підрозділів, посадових осіб, які реалізуються на основі нормативно-правових актів, у межах визначеної компетенції з метою забезпечення реалізації права на охорону здоров'я і тягнуть за собою певні наслідки.

На підставі проведеного дослідження, за допомогою методу екстраполяції, виокремимо особливості форм адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я:

1) форми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я базуються на теорії форм діяльності публічної адміністрації;

2) метою адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є відновлення чи недопущення порушення прав, свобод або законних інтересів суб'єктів медичних правовідносин;

3) адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я здійснюється під час виконавчо-розпорядчої діяльності та укладення



адміністративних договорів, а також надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я;

4) до форми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я слід віднести видання нормативних і індивідуальних адміністративних актів, здійснення інших юридично значущих дій і матеріально-технічних операцій.

Форми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я мають такі ознаки: здійснюються від імені держави, встановлюються в нормативно-правових актах, є вираженням виконавчо-розпорядчих повноважень органів управління у сфері охорони здоров'я, тягнуть виникнення, зміну або припинення суспільних відносин.

За видами акти управління у сфері охорони здоров'я поділяються на нормативні та індивідуальні; видані Кабміном України, МОЗ України, іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади; за назвою та видовою приналежністю: постанови, накази та розпорядження; за змістом: інструкції, переліки, критерії, процедури, нормативи, регламенти, положення.

Серед так званих «інших юридично значущих дій» у сфері охорони здоров'я можна виділити здійснення дозвільної та ліцензійної діяльності, а також проведення акредитації. Їх реалізація також може бути пов'язана з наданням уповноваженими суб'єктами адміністративних послуг у досліджуваний сфері.

Окремого дослідження заслуговують методи адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я, за допомогою яких здійснюється вплив норм на суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Розглядаючи етимологію визначення методів адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я необхідно визначитись із термінологічною основою.

Так, метод (від грецького *methodos* – шлях до чого-небудь, простежування, дослідження – це «шлях, спосіб, прийом практичного здійснення чого-небудь» [539, с. 200]; «свідомі, систематичні й послідовні дії, що ведуть до осягнення якої-небудь мети» [128, с. 344]; «спосіб досягнення мети, сукупність прийомів та операцій теоретичного або практичного освоєння дійсності, а також людської діяльності, організованої певним чином» [39, с. 499; 81, с. 122].

Отже, сутність категорії «метод» розкривається в її етимологічному значенні, яке фактично зводиться до системи способів, напрямів досягнення відповідної мети.

У наукових джерелах стосовно визначення поняття й видів методів не існує єдиної точки зору. Так, на думку В. Я. Малиновського, метод – це інструмент (прийом) приведення в дію об'єктивних закономірностей співіснування явищ, спосіб їх використання [219, с. 364]. Тобто учений пропонує розуміти метод як інструмент або спосіб, хоча такий підхід є дещо абстрактним, оскільки не конкретизує особливості, властиві методу як правовій категорії. При цьому варто зауважити, що, оскільки застосування цього поняття пов'язане не лише з установленням способів і засобів досягнення мети у сфері суспільних відносин, важливою необхідністю при визначенні сутності правового методу є з'ясування притаманних йому характерних особливостей саме як правової категорії. До того ж потрібно врахувати, що і в правовій площині метод може виступати в різних значеннях залежно від сфери його застосування [525, с. 113].

У контексті нашого дослідження доцільним є вивчення» правових методів регулювання суспільних відносин. Варто зазначити, що серед науковців існують два принципово різні підходи до розуміння сутності методів правового регулювання, а саме: 1) кожна правова галузь, крім предмета, має і власний

метод; 2) усі галузі права використовують у регулятивних цілях єдині правові засоби, закладені в самій природі права [7].

Відтак, методи адміністративного права є основою адміністративного права і характеризують підпорядкування керованого об'єкта суб'єкту управління, яке можна зобразити схемою «влада-підпорядкування». В. Б. Авер'янов визначив метод адміністративного права як «сукупність певних загальних та специфічних способів, що використовуються законодавцем для забезпечення регульованої діяльності норм адміністративного права [3]. Ю. П. Битяк під методом адміністративного права розуміє «сукупність зафіксованих у нормах цієї галузі прийомів (засобів) впливу на суспільні відносини, що складають її предмет, застосування яких дозволяє створити належні умови для реалізації й захисту прав громадян, нормального функціонування громадянського суспільства й держави» [30, с. 136]. Науковець вважає, що «метод адміністративного права, тобто спосіб впливу норм цієї галузі на суспільні відносини, можна охарактеризувати, з'ясувавши такі обставини: 1) яке правове становище займає кожен з учасників відносин, урегульованих адміністративно-правовими нормами; 2) на підставі яких юридичних фактів виникають, змінюються та припиняються адміністративно-правові відносини; 3) як визначають та захищають права та обов'язки суб'єктів зазначених відносин» [30, с. 137].

Як зазначає Л. В. Коваль, методи, що використовують суб'єкти управління (передусім державні органи) є адекватними змісту первісної правової матерії, якою є регулятивні або правоохоронні, імперативні чи дозвільні норми адміністративного права. Отже, виконавча влада впливає на суспільні відносини методами правового регулювання, заборон, примусу, координації, контролю тощо. Ці юридичні інструменти зорієнтовано на одну з головних рис адміністративно-правових відносин: вони впливають на характер і прояви вольової поведінки людей (їхніх асоціацій). Діють методи в правовому

просторі, де поєднано дію загальнообов'язкових правил (заборон і дозволів), і економічні чинники (стимули та інтереси), соціальні вимоги (майнові і трудові), організаційні, побутові та інші соціальні зв'язки, що у цьому просторі виникають і розвиваються. Така особливість обумовлює певне співвідношення форм і методів управління. Кожна юридична форма управління передбачає використання декількох методів [150, с. 108; 96, с. 72].

Методи адміністративного права учені класифікують за різними підставами. Основною класифікацією методів залежно від засобів, що лежать в їх основі, є їх поділ на методи примусу і переконання.

Як слушно зазначає І. М. Танривердієв, загальна прийнятність такого підходу зумовлена тим, що в його основі лежать класичні принципи виховання та прийоми (засоби) впливу на свідомість і поведінку людини. Залежно від історико-політичних умов і стану суспільно-правових відносин, перевага надавалась одному або іншому методу. У сучасний період розвитку держави переважного значення набув метод переконання як найбільш ефективний і дієвий у зв'язку з його профілактичним впливом і запобіжним значенням, спрямованим на недопущення порушень законодавства всіма учасниками суспільних правовідносин [525, с. 113].

На думку Ю. А. Ведернікова, застосування методу переконання спрямовано на досягнення таких цілей: 1) виховання у громадян внутрішньої потреби і стійкої звички правомірної поведінки; 2) запобігання виникненню стимулів антигромадської поведінки, запобігання протиправним учинкам; 3) вплив на правопорушників [48, с. 58].

Своєчасність застосування методу переконання впливає на отриманий ефект. Не менш важливого значення для досягнення цілей адміністративного-правового забезпечення права на охорону здоров'я має вибір засобів і способів, що лежать в основі методу переконання. Такий вибір має базуватись на конкретній ситуації та умовах, у яких виникає така ситуація.

Застосування цього методу виявляється в психологічному, етичному, моральному впливі суб'єкта забезпечення на свідомість та поведінку особи, яка покликана створити передумови для розвитку правосвідомості та подолання правового нігілізму, стимулювання належної поведінки. У сфері охорони здоров'я використовують різноманітний спектр методів переконання. До них належать такі: правове виховання суб'єктів медичних правовідносин, роз'яснення неправомірності поведінки, рекомендації щодо алгоритму дій в конкретній ситуації, критика антигромадської поведінки, заохочення тощо.

Розглянемо застосування методу переконання на прикладі проведення імунопрофілактики. Варто зазначити, що на відміну від інших видів медичних послуг, імунопрофілактика в окремих випадках має обов'язковий характер. В Україні проблема імунопрофілактики є складною і недостатньо вирішеною. Свідченням цього є невиконання прийнятого ВОЗ Європейського плану дій із вакцинації на 2015–2020 рр. [738] і, як наслідок поява епідемій особливо небезпечних інфекційних захворювань таких як кір, коклюш, дифтерія, гепатит «В», туберкульоз та інші. Так, за даними Українського центру контролю і моніторингу захворювань МОЗ України інфекційна захворюваність в Україні зросла майже на 18% [12]. Впродовж 15-ти тижнів 2018 року на кір захворіли 10682 людей – 4076 дорослих і 6606 дітей. З початку року від ускладнень кору померло вісім осіб: шестеро дітей і двоє дорослих [508]. Як слушно зазначають В. М. Пашков і Н. А. Гуторова [285, с. 65], така ситуація є неприпустимою і свідчить про вкрай низький рівень захисту державою права людини на здоров'я.

Свідченням неналежного застосування методу переконання при проведенні імунопрофілактики є антиреклама вакцинації населення. На думку В. М. Пашков і Н. А. Гуторової, таку антирекламу як у прямому, так і в переносному сенсі, забезпечили насамперед представники ЗМІ і медичної спільноти [285, с. 75]. Зокрема, лише в ЗМІ України якість ліків позиціонується

не за даними спеціальних лабораторій за встановленими показниками сертифікатів якості, а за національністю виробників та висловлюваннями наших проплачених політиків і громадських «активістів» [282].

Недовіра до якості імунобіологічних препаратів виникла не на пустому місці. Як вбачається з Ухвали Апеляційного суду м. Києва (справа від 20.10.2010 № 10-71 про направлення матеріалів на новий судовий розгляд), перший заступник міністра охорони здоров'я, виходячи за межі наданих йому прав і повноважень, за відсутності в Україні епідемічного захворювання на кір, склав і підписав одноразовий дозвіл на ввезення на митну територію України вакцини проти кору і краснухи виробництва Serym Institute of India Ltd, без державної реєстрації, загальною кількістю 9 млн доз, яку в 11.04.2008 р. було ввезено на митну територію України та в подальшому розповсюджено в санітарно-епідеміологічні та медичні установи для використання. У результаті таких дій було госпіталізовано 69 осіб у зв'язку з поствакцинальними ускладненнями й погіршенням стану здоров'я [282]. Зрозуміло, що такий випадок, хоча і не отримав логічного карного завершення, проте довіри до медичної спільноти не додав.

Крім того, свого часу значного розголосу набула історія з вакциною від поліомієліту, поставленою завдяки зусиллям міжнародної спільноти в Україну в 2015 р. через ЮНІСЕФ [319]. І навіть після оголошення епідемічної ситуації в Україні населення країни, незважаючи на низьку купівельну спроможність, іноді самостійно закуповує необхідні препарати з перевіреним терапевтичним ефектом [284].

А В. Чумак вважає, що складність проблеми обігу медичних імунобіологічних препаратів обумовлена перетином сфер, кожна з яких має великі корупційні ризики через або штучну законодавчу неврегульованість, або дезінформацію і відверту брехню [566]. Враховуючи наведене, варто підтримати думку І. В. Чеховської, яка вважає доцільним доповнення КУпАП

статтею 43 «Порушення умов проведення вакцинації», у якій слід передбачити адміністративну відповідальність медичних працівників, а також осіб, які мають відношення до обігу медичних імунобіологічних препаратів [563, с. 325].

Слід зазначити, що в Україні сьогодні відсутній дорадчий орган який би відповідав за проведення політики імунізації населення. Такий орган планувалось створити. Так, наказом від 15.11.2012 № 916 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо удосконалення системи управління програмою імунізації за результатами рекомендацій Місії ВООЗ» [385] було прийнято рішення створити Національну технічну групу експертів з питань імунопрофілактики (далі — НТГЕІ). Але на сайті МОЗ фактично відсутня інформація про діяльність цієї групи. Лише окремими локальними актами МОЗ вносилися зміни до наказів, що регламентують діяльність НТГЕІ, але навіть положення про цей орган було скасовано. Утім за інформацією ВООЗ, більшість розвинених країн та деяких країн, що розвиваються, офіційно заснували національні технічні дорадчі органи, які керують політикою імунізації. Інші країни працюють над створенням таких органів або розглядають таке питання.

Створена також Національна технічна консультативна група з питань імунізації (NITAG). Це багатопрофільні групи національних експертів, відповідальних за надання незалежних інформованих консультацій для розробників та керівників програм з питань політики, пов'язаної з імунізацією та вакцинами. Ресурсний центр NITAG (далі – NRC) пропонує членам NITAG та секретаріатам, а також зацікавленим сторонам централізований доступ до інструментів, пов'язаних з NITAG, рекомендацій NITAG з усього світу, а також основні документи, що використовують для їх видання, систематичні огляди, інноваційні наукові публікації, технічні звіти, оновлення від партнерів про події майбутньої імунізації [693].

Отже, у більшості розвинених країн світу є нормативно-правові важелі впливу на забезпечення права на здоров'я через здійснення імунопрофілактики.

Наостанок можна погодитися з точкою зору щодо необхідності оприлюднення інформації про планове щеплення в ЗМІ [180], а також інформації щодо спалахів епідемій та їх наслідків. Варто також проводити роз'яснювальну роботу серед населення щодо доцільності вакцинації, а також надавати змістовну інформацію щодо виробника вакцини, умов її зберігання, наслідків і можливих ускладнень, а також визначити алгоритм дій пацієнтів у поствакцинальний період. Форми такої роз'яснювальної роботи мають бути різними і не обмежуватись лише офіційним сайтом МОЗ України, де розміщено певну інформацію про вакцинацію [122; 543]. Вважаємо за доцільне постійно проводити роботу щодо підвищення рівня обізнаності про необхідність імунізації серед населення (висвітлення у ЗМІ, формування громадської думки тощо), підвищення рівня знань серед медичних працівників (тренінги, спеціальні семінари) налагодження ефективної системи контролю за постачанням вакцини (управління процесами постачання, логістика, прогнозування об'ємів вакцини тощо).

Проте слід визнати, що більш ефективним часто виявляється примусовий метод. Необхідність його застосування зумовлена тим фактом, що не завжди вдається досягти бажаного результату від цілеспрямованого впливу на об'єкт управління за допомогою лише методу переконання.

Як правильно зазначає Д. М. Бахрах, метод примусу – це особлива реакція органів і осіб, наділених владою, на факт правопорушення. Заходи адміністративного примусу, на думку автора, застосовуються при виконанні правових обов'язків, порушенні норм права і законних вимог посадових осіб; за відсутності правопорушень немає і підстав для примусу [24, с. 19].

Розглянемо застосування методу примусу при проведенні імунізації населення. Законодавець визначив, що у випадку особливо небезпечних



інфекційних захворювань можуть здійснюватися обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи в порядку, встановленому законами України. Так, у ч. 1 ст. 27 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [363] зазначено, що «профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на туберкульоз, поліомієліт, дифтерію, кашлюк, правець та кір в Україні є обов'язковими». У ч. 1 ст. 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» законодавець також зазначає, що «профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень», а у ч. 3 цієї ж статті вказує, що «у разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби за епідемічними показаннями» [406].

Тож відмова від вакцинації є порушенням норм законодавства. Відмова від вакцинації значної частини населення призводить до виникнення епідемій небезпечних та особливо небезпечних інфекційних захворювань, що, зі свого боку, створює реальну небезпеку смерті чи заподіяння тяжкої шкоди здоров'ю третіх осіб [285, с. 70]. З огляду на це держава зобов'язана вжити усіх необхідних заходів щодо забезпечення проведення імунопрофілактики, оскільки виникнення і поширення особливо небезпечних інфекційних захворювань, що тягне за собою ризики захворювання необмеженого кола осіб і бездіяльність держави буде розглядатись як порушення права на життя людини. І у цьому контексті застосування методу примусу є цілком доречним.

Слід зазначити, що у США вакцинація є обов'язковою, а якщо дитині заборонено відвідувати школу внаслідок відмови від вакцинації без поважних причин, то батьків притягають до відповідальності [714].

За інформацією Європейської мережі VENICE, отриманої на підставі вивчення всіх 27 держав – членів ЄС, а також Ісландії та Норвегії, у 15 країнах не передбачені обов'язкові щеплення, інші 14 мають принаймні одну обов'язкову вакцинацію, включену в їхню програму. Вакцинація проти поліомієліту є обов'язковою для дітей і дорослих у 12 країнах; вакцинація від дифтерії і правця – в 11 країнах; вакцинація від гепатиту «В» – у 10 країнах. У деяких країнах існує змішана система рекомендованих та обов'язкових щеплень [677].

Отже, проведені дослідження дає змогу виділити такі специфічні ознаки методів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: 1) визначені в актах законодавства у сфері охорони здоров'я й галузевих наказах МОЗ України; 2) застосовуються в установленому законодавством порядку та залежно від визначених підстав; 3) метою застосування є встановлення режиму законності в діяльності органів і посадових осіб, уповноважених здійснювати провадження в справах про адміністративні правопорушення, та інших управлінських органів, які, хоча не уповноважені розглядати справи про адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я, однак можуть брати участь у їхньому розгляді; 4) один управлінський метод у сфері охорони здоров'я може включати кілька правових і організаційних засобів.

Сформулюємо авторське визначення поняття методу адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Це регламентована нормами законодавства система засобів і способів, що застосовують уповноважені органи у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та утвердження режиму законності в діяльності органів і посадових осіб – суб'єктів медичних правовідносин.

#### **4.4. Адміністративно-правова відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я**

Сфера охорони здоров'я належить до найважливіших сфер суспільного життя. У ст. 49 Конституції України законодавець прямо зазначає, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [168]. Тому норми адміністративно-деліктного права у сфері охорони здоров'я набувають особливого значення.

Заходи адміністративної відповідальності є юридичним результатом реагування на особливий вид правопорушень – адміністративні правопорушення. Отже, такі правопорушення є підставою для адміністративної відповідальності [221, с. 31]. Адміністративна відповідальність настає у разі порушення адміністративно-правових норм, слугує найважливішим юридичним засобом забезпечення їх реального виконання, дотримання і застосування [157, с. 34].

В. І. Теремецький визначає адміністративну відповідальність як «особливий різновид юридичної відповідальності, яка застосовується до осіб, що вчинили адміністративні проступки, уповноваженими на те державними органами чи їх посадовими особами на підставах і у порядку, встановлених нормами адміністративного законодавства, і має наслідки майнового, матеріального, морального, особистісного чи іншого характеру» [530, с. 345–346].

Під адміністративною відповідальністю розуміють вид юридичної відповідальності, яка застосовується за правопорушення, передбачені КУпАП. Так, згідно ст. 9 КУпАП під адміністративним правопорушенням (проступком) визначають протиправну, винну (умисну або необережну) дію чи бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на визначений порядок управління і за яку згідно закону настає адміністративна

відповідальність [153]. Вказаний вид відповідальності застосовується, якщо порушення за своїм змістом не тягне за собою відповідно до закону кримінальної відповідальності.

О. С. Доценко визначає адміністративний проступок в галузі охорони здоров'я як суспільно небезпечну, шкідливу, протиправну, винну (умисну або необережну) дію або бездіяльність, що посягає на здоров'я населення, суспільні відносини у сфері обігу наркотичних засобів і психотропних речовин, встановлений порядок проходження медичного огляду чи медичного обстеження, встановлений порядок взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів, встановлений режим радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення, встановлений порядок заняття народною медициною (цілительством), тощо та за яку чинним законодавством встановлено адміністративну відповідальність, визначену в главі 5 КУпАП або в окремому законодавчому акті [102, с. 131].

Відтак, як слушно зазначає С. В. Книш, варто погодитися з думкою вчених щодо природи адміністративної відповідальності та наголосити, що в аспекті розглядуваної проблематики остання настає за вчинення «шкідливого» протиправного винного діяння у сфері охорони здоров'я і за яке суб'єктом владних повноважень до правопорушника може бути застосовано стягнення в обсязі та у формі, визначених законом [147, с. 143].

О. С. Доценко вважає, що першочерговим завданням адміністративного законодавства на даному етапі розвитку є оновлення об'єкта адміністративного правопорушення (проступку) в галузі охорони здоров'я населення. Вчений вважає, що об'єктом адміністративного проступку будуть суспільні відносини, урегульовані правовими нормами, які охороняються адміністративними санкціями [102, с. 129].

Обов'язковим елементом складу перерахованих вище правопорушень є суб'єкт правопорушення. Проте головною проблемою тут є не визначення суб'єкта залежно від його статусу (лікар, середній медичний персонал, пацієнт, особа, яка перебуває на обліку тощо), а ким він є – юридичною чи фізичною особою [147, с. 143].

Наприклад, Е. Ф. Демський зауважує, що не визнає адміністративної відповідальності юридичних осіб і не підтримує інших авторів, які стверджують про наявність у законодавстві адміністративної відповідальності юридичної особи. Він акцентує увагу на твердженні А. Н. Крамника, що «скоєння адміністративних правопорушень здійснюється виключно фізичними особами юридичної особи [82, с. 414].

Натомість Д. М. Лук'янець звертає увагу на те, що юридична особа є потенційно деліктоздатною, тобто спроможною нести відповідальність, причому не тільки цивільно-правову, але й адміністративну. Цивільно-правова відповідальність використовує тільки один напрям впливу на юридичних осіб – виключно через майно. Водночас адміністративна відповідальність охоплює всі можливі напрями впливу [212, с. 74].

Підтримуючи думку науковців стосовно існування адміністративної відповідальності юридичних осіб, С. В. Книш, як приклад, наводить ст. 42-4 КУпАП «продаж лікарських засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках». Автор зазначає, що суб'єктом правопорушення виступає особа, яка здійснила продаж лікарського засобу без рецепта, тобто фармацевт або провізор. В іншому аспекті у наведеному складі адміністративного правопорушення можна говорити про доцільність притягнення до адміністративної відповідальності власника аптечного закладу або ж самої юридичної особи. На думку вченого, визначення законодавцем одного з найманих працівників як суб'єкта вчинення розглядуваного правопорушення не допоможе вирішити проблему, тоді як застосування адміністративних санкцій

до самої юридичної особи (припинення або тимчасове обмеження діяльності, штраф) дасть можливість ефективніше здійснювати державний нагляд у відповідній сфері [147, с. 144].

Отже, виходячи з наведеного вище доцільно визначати суб'єктом адміністративного правопорушення (проступку) в галузі охорони здоров'я як юридичну, так і фізичну особу.

Щодо останньої варто зазначити, що така особа повинна досягти 16-річного віку і є осудною на момент вчинення правопорушення, тобто розуміє (усвідомлює) протиправність своїх діянь і керує ними. Водночас ряд перерахованих вище статей передбачають наявність і спеціального суб'єкта з притаманними лише йому ознаками. Йдеться перш за все про посадових осіб, громадян-власників закладів охорони здоров'я чи уповноважених ними осіб, громадян, які займаються підприємницькою діяльністю, які підлягають адміністративній відповідальності за адміністративні правопорушення, пов'язані з недодержанням установлених правил у сфері охорони здоров'я населення, забезпечення виконання яких входить до їхніх службових обов'язків [193, с. 257].

Іншим спеціальним суб'єктом є особа, яка була у контакті з хворим на венеричну хворобу, – це стосується такого порушення, як умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46 КУпАП) [193, с. 258].

Досліджуючи юридичну відповідальність медичних працівників Б. О. Логвиненко пропонує урахувати низку факторів розвитку вітчизняного деліктного законодавства у цій сфері, а саме: 1) специфіку медичної діяльності (на межі мистецтва і ремесла); 2) незадовільний правовий і соціальний захист медичних працівників та недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я загалом; 3) відхід від кримінальної відповідальності в бік домінування адміністративних і цивільних санкцій; 4) прийняття низки законодавчих актів та

оновлення чинного законодавства з урахуванням вітчизняних здобутків і позитивного світового досвіду [211, с. 179].

Важливим елементом складу адміністративних правопорушень є їх суб'єктивна сторона, тобто вина – психічне ставлення суб'єкта до вчиненого ним правопорушення і до шкідливих наслідків, які настали чи могли б настати [198, с. 60]. Вина є необхідною умовою відповідальності. Якщо в діяннях особи вину не встановлено, а шкідливі наслідки стали результатом випадкових обставин – немає суб'єктивної сторони, немає адміністративного проступку, немає адміністративної відповідальності. Більшість із названих вище проступків можуть бути вчинені як у формі умислу, так і у формі необережності. Однак є ряд проступків, які можуть бути вчинені лише умисно, наприклад ст. 46 КУпАП «умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою» [153].

Аналіз праць науковців, що досліджували проблематику адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я дозволяє виокремити декілька напрямів її удосконалення: 1) виокремлення окремої глави в КУпАП (О. С. Доценко [102], С. В. Книш [147]); 2) прийняття Медичного кодексу України (З. С. Гладун [65], І. Я. Сенюта [213], В. І. Теремецький та ін. [727, с. 162]); 3) доповнення КУпАП новими нормами, що встановлюють відповідальність за заняття медичною практикою, приватною фармацевтичною діяльністю, за недостовірну рекламу медичних послуг, за ухилення від медичного обстеження і лікування осіб, що перебувають в контакті з ВІЛ-інфікованими, хворими на СНІД, туберкульоз, а також осіб, які вживають наркотичні або психотропні речовини без призначення лікаря (О. С. Доценко [102], М. В. Співак [509]).

Адміністративне стягнення – необхідний правовий наслідок порушення (невиконання) адміністративних заборон, що полягає в осуді поведінки порушника й обмеженні його особистих благ, матеріальних та інших правових інтересів, у чому проявляється оцінка вчиненого діяння [517, с. 87].

За порушення в галузі охорони здоров'я населення адміністративним законодавством визначені такі види адміністративних стягнень, як: штраф, адміністративний арешт строком до п'ятнадцяти діб, конфіскація предмета, який став знаряддям вчинення або безпосереднім об'єктом вчинення адміністративного правопорушення [153].

Опис адміністративних правопорушень, за які можна притягти до адміністративної відповідальності суб'єктів медичних правовідносин, міститься, переважно в КУпАП (хоча і не лише в ньому). Так, до адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я населення належать: порушення санітарних норм (ст. 42; 44-3). Крім того, КУпАП було доповнено статтею 44-3 «Порушення правил щодо карантину людей» відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» [337]; продаж лікарських засобів без рецепта в заборонених законодавством випадках (ст. 42-4); незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44); порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності (ст. 44-2); ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження, обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 44-1; 45); порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1); порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством) (ст. 46-2) [153].

Також у сфері охорони здоров'я можуть вчинятися й інші адміністративні правопорушення, наприклад щодо якості виробництва медичних препаратів, які передбачені главою 13 КУпАП «Адміністративні правопорушення в галузі стандартизації, якості продукції, метрології та сертифікації»: випуск і реалізація



продукції, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 167); випуск у продаж нестандартної продукції (ст. 168); виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил (ст. 168-1); передача замовнику або у виробництво документації, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 169); недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (ст. 170) та ін.

Крім того, КУпАП містить такі адміністративні проступки як: порушення встановлених законом обмежень щодо одержання подарунків (ст. 172-5); невиконання законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10); невиконання постанов, розпоряджень, приписів, висновків, а так само інших законних вимог посадових осіб органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ст. 188-11); порушення законодавства у сфері захисту персональних даних (ст. 188-39); порушення права на інформацію (212-3; 188-39) [153].

Усе це – проступки з так званим формальним складом, тобто обов'язковою ознакою виступає лише факт вчинення протиправного діяння (крім недодержання стандартів і технічних умов при транспортуванні, зберіганні і використанні (експлуатації) продукції (ст. 170 КУпАП), коли для притягнення до адміністративної відповідальності обов'язкове настання шкідливих наслідків – зниження якості, псування або наднормативні втрати продукції). Тому кожне з перелічених діянь буде вважатися адміністративним правопорушенням відразу ж після його вчинення, незважаючи на те, чи настав протиправний результат від вчинення того чи іншого правопорушення і чи мав місце причинний зв'язок між діяннями та цими результатами (наслідками) [157, с. 94–95].

Аналізуючи адміністративну відповідальність за порушення санітарних норм регламентованих ст. 42 КУпАП варто звернути увагу на те, що Закон України «Про санітарне та епідеміологічне благополуччя населення» [436]

термінологічно не співвідноситься зі ст. 42 КУпАП, оскільки законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо харчових продуктів» [334] до КУпАП було внесено зміни, які значно звузили дію статті, виключивши з обігу відповідальність за порушення епідеміологічних норм. Визначені у Законі України «Про санітарне та епідеміологічне благополуччя населення» [436] терміни «санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм», «державних санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм» та «санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил» було замінено на «санітарних норм» [153].

Згодом, 29.03.2017 р., урядом було прийнято рішення про ліквідацію Держсанепідслужби, а її функції розподілено між МОЗ України, Державною службою України з питань праці та Держпродспоживслужбою [132; 89]. Слід вернути увагу на те, що Держсанепідслужба МОЗ України була централізованою системою органів, установ, закладів та підрозділів санітарно-епідеміологічного профілю МОЗ України, яка реалізовувала державну політику в сфері забезпечення санітарного та епідемічного добробуту населення та спрямовувала свою діяльність на профілактику інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливому впливу на стан їхнього здоров'я і життя факторів середовища життєдіяльності, а також здійснювала державний санітарно-епідеміологічний нагляд та контроль за дотриманням вимог санітарного законодавства тощо [429].

Відтак, починаючи з 2014 року адміністративну відповідальність за епідеміологічне благополуччя населення і за порушення санітарно-протиепідемічних правил було виключено. Проте змін у Закон України «Про санітарне та епідеміологічне благополуччя населення» [436] не було внесено. Тому відповідальність за порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм є декларативною, оскільки не підкріплюється

нормами КУпАП. Отже, виник черговий нормативний дисонанс у досліджуваній сфері.

У зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19) на територію України в лютому 2020 року було відновлено посаду головного державного санітарно-епідеміологічного лікаря (але не всю Держсанепідслужбу). На посаду призначили заступника МОЗ України В. Ляшка. Передбачалося, що він мав координувати дії органів влади для запобігання коронавірусної хвороби COVID-19 на території України та забезпечувати комунікацію з журналістами з цього питання [549].

Згодом МОЗ України оприлюднює проект наказу «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я» [236]. У проекті наказу запропоновано затвердити нові сучасні підходи до профілактики інфекційних хвороб, епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних захворювань. Зокрема, проект передбачає затвердження: Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги; Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги; Порядку проведення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та стаціонарних соціально-медичних установах; Інструкції з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я; Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та стаціонарних соціально-медичних установах; Інструкції з впровадження програми адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я; Типового положення про комісію з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та стаціонарної соціально-медичної установи.

Сподіваємось, що найближчим часом цей проект буде унормовано. Власне як і передбачені санкції за порушення запропонованих у проекті наказу Порядків і інструкцій.

Варто зазначити, що у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19) КУпАП було доповнено ст. 44-3 «Порушення правил щодо карантину людей» [337]. Законодавець визначив, що «порушення правил щодо карантину людей, санітарно-гігієнічних, санітарно-протиепідемічних правил і норм, передбачених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», іншими актами законодавства, а також рішень органів місцевого самоврядування з питань боротьби з інфекційними хворобами, –

тягне за собою накладення штрафу на громадян від однієї до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб – від двох до десяти тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян» [153].

Слід зазначити, що в Україні за 4 місяці карантину поліція склала майже 20 000 адмінпротоколів. Загалом за порушення карантину судом накладено штрафів на суму 7,7 млн грн. [173].

Цікавим є досвід зарубіжних країн щодо адміністративної відповідальності за порушення карантинних заходів. Так, в Італії видано указ щодо карантину, який передбачає як заходи щодо загальнодержавного закриття громадських місць у зв'язку з коронавірусом, так і санкції за порушення режиму карантину. Однак незважаючи на це мають місце порушення цього указу. Наприклад тільки протягом одного дня на 161 особу було накладено санкції за порушення цього наказу. Винним загрожує тримісячне ув'язнення або штраф у розмірі 206 євро [584].

У США відділом охорони здоров'я та послуг для громадськості США, а саме Центром контролю та превенції захворювань, було видано указ про коронавірус, де, зокрема, є відсильні норми до ст. 42 (пар. 271) Кодексу США. За порушення правил карантину для фізичних осіб встановлюються штрафи не більше 1 000 доларів США, а також позбавлення волі на строк не більше одного року [584].

В Азербайджанській Республіці 16.03.2020 р. на засіданні парламентського комітету з питань правової політики та державного будівництва було запропоновано внести зміни до Кодексу Азербайджанської Республіки про адміністративні проступки від 11.07.2000 № 906-IQ. Так, фізичні особи можуть бути оштрафовані від 100 манатів (58 доларів) до 500 манатів (294 долари), посадові особи – від 2000 (1,176 доларів) до 5000 манатів (2941 долара), юридичні особи – від 2000 (1,176 доларів) до 5000 манатів (2941 долар) за порушення режиму гігієни та карантину. Крім того, в певних випадках може бути застосовано одномісячний арешт з урахуванням особи правопорушника [584].

У Великобританії видано Постанову № 129 про охорону здоров'я (коронавірус), відповідно до ст. 15 якої:

(1) Людина вчиняє правопорушення, якщо –

(a) не дотримується без розумного приводу дотримання обмеження чи вимог, встановлених цією Постановою;

(b) порушує правила самоізоляції.

(2) Особа, яка надає неправдиву чи оманливу інформацію навмисно або необережно будь-якій особі, яка виконує функцію відповідно до Постанови, вчиняє правопорушення.

(3) Особа, яка перешкоджає без розумного виправдання будь-якій особі, яка виконує функцію відповідно до цієї Постанови, вчиняє правопорушення.

(4) Відповідальна повнолітня особа, яка без розумного приводу не виконує правила цієї Постанови.

(5) Правопорушення, зазначене в пунктах (1), (2), (3) або (4), карається за сумарним обвинуваченням штрафом, що не перевищує рівня 3 за стандартною шкалою (1 000 фунтів) [584].

У Швейцарії згідно з Законом про епідемію штраф до 5 000 швейцарських франків за порушення санітарно-епідеміологічних норм, а в Чехії встановлено

штраф до 3 000 000 крон (130 000 доларів) за порушення режиму самоізоляції відповідно до наказу МОЗ.

У ст. 67 Закону про карантин Канади передбачено, що:

(1) Кожна людина винна у вчиненні злочину, якщо вона спричиняє ризик неминучої смерті або тяжкого тілесного ушкодження іншій особі, при цьому навмисно чи необережно суперечить цьому Закону.

(2) Кожна особа, яка вчинила правопорушення за підпунктом (1), несе відповідальність

(а) за обвинувальним актом, штрафом у розмірі не більше 1 000 000 доларів або позбавленням волі на строк не більше 3 років;

(б) за вироком, штрафом не більше 300 000 доларів США або позбавленням волі на строк не більше 6 місяців [584].

Наведене вище дозволяє зробити висновок про більш жорстке застосування санкцій до порушників карантинних заходів у зарубіжних країнах. Окрім чималих сум штрафних санкцій за кордоном застосовують також і обмеження волі.

Проаналізуємо адміністративну відповідальність на прикладі ст. 45-1 КУпАП. У цій статті КУпАП передбачено відповідальність за порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів, порядку контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервуючих розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів [153].

Повноваження складати протокол про адміністративне правопорушення, передбачене у ст. 45-1 КУпАП, закріплено за посадовими особами Держлікслужби та її територіальних органів. Це означає, що вони мають право перевіряти діяльність закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів

господарювання, які провадять взяття, переробку, зберігання, реалізацію і застосування донорської крові і препаратів, а також з'ясовувати, чи дотримано правила контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервуючих розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів.

Згідно з Положенням, затвердженим постановою Кабміну України від 12.08.2015 № 647 [387], Держлікслужба України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабміном України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. Контрольні повноваження цього органу обмежуються переліченими об'єктами. Таке законодавче регулювання, на думку І. В. Бойко, унеможливорює в правомірний спосіб притягнення до адміністративної відповідальності осіб за правопорушення, передбачені у ст. 45-1 КУпАП [35, с. 15].

З огляду на наведене вище вважаємо за доцільне внести зміни до Положення про Держлікслужбу шляхом удосконалення її контрольних функцій. Пропонуємо Держлікслужбу наділити правом перевіряти діяльність закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів господарювання, що провадять взяття, переробку, зберігання, реалізацію і застосування донорської крові і препаратів, а також з'ясовувати, чи дотримано правила контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервуючих розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів.

Також слід удосконалити положення Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів [396], який переобтяжений технічними нормами, привести його у відповідність до ст. 45-1 КУпАП та чітко виписати контрольні функції суб'єктів контролю і алгоритм здійснення такого контролю.

Основною нормативною підставою відповідальності за порушення у сфері народної медицини є ст. 46-2 КУпАП. Ознаки конкретних правопорушень закріплені у ст. 46-2 КУпАП, відповідно до якої: «порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством) – тягне за собою накладення штрафу від 50 до 100 п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян» [153]. Стаття 46-2 КУпАП має бланкетний характер і передбачає відповідальність за порушення правил, встановлених законодавством щодо заняття народною медициною, не розкриваючи їх змісту. Відповідні правила наразі містяться в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [273], а також у Наказі МОЗ України «Про організацію роботи фізичних осіб-підприємців, які займаються народною медициною (цілительством)» від 16.03.2016 № 189 (далі – Наказ № 189) [423].

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [273] регламентує відносини у сфері народної медицини фрагментарно, визначаючи тільки кваліфікаційні вимоги до фізичних осіб, які займаються народною медициною (цілительством), та умови заняття народною медициною (цілительством). Проте лише порушення цієї заборони може бути кваліфіковане за ст. 46-2 КУпАП.

Водночас у Наказі № 189 визначені умови, при дотриманні яких дозволено займатися народною медициною (цілительством), а саме:

– приміщення, в якому цілитель веде прийом пацієнтів, повинно складатись з реєстратури, кабінету цілителя, вбиральні. У кабінеті цілителя мають бути передбачені вікна для доступу денного світла. Необхідно проводити



поточне та генеральне прибирання приміщення предметів (раз на тиждень) із застосуванням дезінфекційних засобів, дозволених до використання в Україні та ін.);

– обов'язки цілителів (застосовувати лише той метод народної медицини (цілительства), що ґрунтується на досвіді багатьох поколінь, та який заявлений в спеціальному дозволі на заняття народною медициною; проводити аналіз ефективності використання в медичній практиці методів народної медицини, які застосовує цілитель; знати вимоги медичної етики та деонтології і неухильно їх дотримуватися; зберігати та надавати інформацію про пацієнта в установленому законодавством порядку тощо);

– заборону на здійснення певних дій та лікувальних методик (цілитель не має права застосовувати інвазивні методи втручання, лікувати хворих на онкологічні захворювання, із синдромом набутого імунodefіциту, інфекційні, венеричні захворювання, проводити сеанси, розраховані на масову аудиторію (2 і більше осіб), з використанням гіпнозу, та інших методів психічного або біоенергетичного впливу, а також забороняється здійснення цілительства з використанням ЗМІ) [423].

Таким чином, основний масив правил, порушення яких охоплюється ст. 46-2 КУпАП, міститься саме в Наказі № 189 [423].

Загалом аналіз нормативних підстав адміністративної відповідальності за порушення правил заняття народною медициною (цілительством) змушує констатувати таку проблему. З огляду на бланкетний характер положень ст. 46-2 КУпАП, уповноважені суб'єкти під час кваліфікації щоразу змушені звертатися одразу до декількох нормативно-правових актів (зокрема, актів МОЗ України). Звісно, це не сприяє оперативності й точності кваліфікації цього виду адміністративних проступків [77, с. 79].

З нашої точки зору, оптимальним шляхом вирішення окресленої проблеми має стати конкретизація у ст. 46-2 КУпАП ознак найбільш поширених

порушень у сфері заняття народною медициною, що, з одного боку, дозволить спростити процес кваліфікації, а з іншого – сприятиме оперативності та ефективності розгляду відповідних справ.

Фактичною підставою відповідальності за адміністративні проступки є реальне діяння, що суперечить законодавчим вимогам щодо заняття народною медициною (цілительством). Сучасні масштаби цілительства, на думку фахівців, просто вражають. За даними МОЗ України, станом на 2011 р. в Україні офіційно зареєстровано 5 тис. цілительів, а реальна кількість спеціалістів, які практикують у галузі народної та нетрадиційної медицини, становить близько 60 тис. [524]. Офіційна статистика не дає більш нової інформації, однак за останні роки ситуація навряд чи кардинально змінилася. Сьогодні, як і кілька років тому, вітчизняні ЗМІ та різноманітні рекламні ресурси майорять оголошеннями про надання цілительських послуг в усіх регіонах країни.

З розвитком народної медицини (цілительства) та збільшенням чисельності суб'єктів, що надають відповідні послуги, кількість порушень у цій сфері постійно зростає. На цьому тлі особливо непокоїть той факт, що в Україні відсутній системний облік порушень правил заняття народною медициною: не фіксується їх кількість, не систематизуються їх різновиди, не відстежується їх динаміка. Отже, без чіткого уявлення про ці процеси неможливо виробити ефективний план протидії деліктності у сфері народної медицини [77, с. 79].

Процесуальною підставою адміністративної відповідальності у сфері народної медицини (цілительства) служить постанова про накладання адміністративного стягнення. Прийняття постанови про накладання адміністративного стягнення – це завершальна стадія адміністративно-деліктного провадження, яка підсумовує процес розслідування обставин справи, узагальнює результати і констатує належність особи до адміністративного

проступку [1, с. 441]. Саме з цього моменту розпочинається перебіг процедури застосування санкцій адміністративно-деліктних норм щодо конкретної особи.

Юридичною підставою адміністративної відповідальності за порушення правил заняття народною медициною служить наявність у діях особи ознак складу проступку, передбаченого ст. 46-2 КУпАП. Адміністративно-правова кваліфікація порушень правил заняття народною медициною є складним логічним процесом. Адже ст. 46-2 КУпАП не містить повного опису складів відповідних проступків. У ній не згадується ні про зміст протиправних дій, ні про вину, з якою вони вчинюються. Щоб констатувати відповідні ознаки, суб'єкту кваліфікації слід звернутись до положень Загальної частини КУпАП (ст. 9, 10, 11, 12) [153], Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказі № 189 тощо [423].

Юридична підстава втілює наявність у діях особи ознак юридичного складу правопорушення: об'єкт, об'єктивну сторону, суб'єкт і суб'єктивну сторону правопорушення. Стосовно об'єкта порушень правил щодо заняття народної медицини, можна констатувати, що для цього виду адміністративних проступків, як і для будь-яких інших, загальним об'єктом виступають суспільні відносини, охоронювані санкціями адміністративно-деліктних норм; родовий об'єкт – це група суспільних відносин у сфері охорони здоров'я; видовий – суспільні відносини у сфері народної медицини. Під безпосереднім об'єктом таких проступків варто розуміти суспільні відносини з приводу заняття народною медициною (цілительством).

Об'єктивну сторону адміністративного правопорушення репрезентують ознаки, які характеризують акт зовнішньої поведінки правопорушника. До них належать діяння (дія чи бездіяльність), їх шкідливі наслідки, причинний зв'язок між діяннями й наслідками, а також у деяких випадках: місце, час, обстановка, спосіб, знаряддя та засоби вчинення проступку [556, с. 129]. Аналіз Наказу № 189 [423] вказує, що правопорушення в сфері цілительства можуть

здійснюватися шляхом, як дії (вести на паперових носіях медичну документацію та надавати на вимогу пацієнта копію його медичної документації), так і бездіяльності (недотримання вимог медичної етики, невизначення протипоказань при призначенні пацієнтам лікування тощо).

Щодо факультативних ознак об'єктивної сторони, то на підставі Наказу № 189 [423] можна зробити висновок, що в конструкцію деяких складів порушень правил заняття народною медициною законодавець включає методи та засоби вчинення посягання. Зокрема, ознака методу є конструктивним елементом складів порушень, пов'язаних із заборонаю на здійснення певних лікувальних методик (застосовування інвазивних методів, проведення сеансів, які розраховані на масову аудиторію, з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу, здійснення цілительства з використанням засобів масової інформації).

Суб'єктом даного правопорушення може виступати лише народний цілитель, тобто особа, яка отримала в установленому порядку спеціальний дозвіл на заняття народною медициною (цілительством). Порядок надання такого дозволу визначається постановою Кабміну України «Про затвердження Порядку надання та анулювання спеціального дозволу на заняття народною медициною (цілительством)» від 03.12.2012 № 1145 [392], відповідно до якої особа, що має бажання займатися народною медициною, повинна подати до МОЗ України заяву про видачу спеціального дозволу, а також додати документи, які підтверджують наявність у неї цілительських здібностей. За результатами видається висновок про відповідність або невідповідність заяви та документів для видачі спеціального дозволу й дубліката спеціального дозволу.

Наявність спеціального дозволу, як необхідна умова притягнення до адміністративної відповідальності, дає змогу віднести суб'єкта порушень правил заняття народною медициною до розряду спеціальних, тобто таких, які

поряд з обов'язковими ознаками (вік, осудність тощо) характеризуються додатковими (спеціальними) рисами [9, с. 81].

У цьому контексті не є обґрунтованим підхід, за якого, відповідно до існуючої редакції ст. 46-2 КУпАП, зареєстровані народні цілителі і ті, хто не мають дозволу на заняття цілительством, несуть однакову відповідальність. Цілком очевидно, що ступінь суспільної небезпеки та потенційної шкоди для пацієнта значно вищий у разі, коли цілительську практику здійснює особа, яка не має на це дозволу, не володіє спеціальними знаннями, не створює умов для якісного і безпечного надання медичних послуг. Відсутність відповідного дозволу у особи, яка займається цілительством, повинна тягнути за собою посилену адміністративну відповідальність.

Суб'єктивна сторона адміністративного проступку втілює психічне ставлення суб'єкта до вчинюваного ним антигромадського діяння. Аналіз нормативних положень свідчить, що встановлення суб'єктивної сторони порушень заняття народною медициною вичерпується констатацією вини, тобто: «психічного ставлення особи до своїх протиправних дій або до бездіяльності та їхніх наслідків у формі умислу чи необережності [222, с. 116]». Якщо йдеться про конкретну форму вини, то в цьому разі такою можуть бути як умисел (застосування інвазивних методів втручання, лікування хворих на онкологічні захворювання), так і необережність (незнання вимог медичної етики та деонтології).

У теорії адміністративного права прийнято розрізняти окремі види наміру (прямий, непрямий) та необережності (протиправна недбалість, протиправна самовпевненість), але на результат кваліфікації порушень правил заняття народною медициною конкретна форма вини не впливає, достатньо констатації її загальних ознак [77, с. 81].

Отже, аналіз підстав адміністративної відповідальності за порушення правил заняття народною медициною (цілительством) дає можливість

констатувати наявність проблем, що утруднюють процес адміністративної кваліфікації та помітно знижують ефективність юрисдикційної діяльності. Першочерговими кроками в напрямі їх вирішення повинні стати: посилення адміністративної відповідальності за заняття народною медициною (цілительством) особами, які не мають відповідного дозволу, конкретизація в ст. 46-2 КУпАП ознак найбільш поширених правопорушень у сфері заняття народною медициною та створення на базі МОЗ України електронної бази даних з обліку та систематизації правопорушень у сфері заняття народною медициною.

З розвитком інформаційних технологій у медичній сфері, а саме – запровадженням інформаційно-телекомунікаційних технологій у поєднанні зі збільшенням обсягів і напрямів використання інформації та її передання новітніми засобами комунікації значно розширилися можливості зі збирання, зберігання й обробки інформації щодо окремих громадян у закладах охорони здоров'я. Активність у формуванні автоматизованих баз даних, обробка та поширення відомостей про осіб без їхнього відома (особливо це почалось із реформуванням медичної галузі) призвели до виникнення проблеми інформаційної безпеки як медичних працівників, пацієнтів, так і третіх осіб щодо захисту персональних даних. Тобто проблема захисту інтересів особи в медичній сфері – це і проблема захисту персональних даних, що стосується діяльності особи в закладах охорони здоров'я.

З розвитком інформаційних технологій у медичній сфері, а саме – запровадженням інформаційно-телекомунікаційних технологій у поєднанні зі збільшенням обсягів та напрямів використання інформації, її передання новітніми засобами комунікації значно розширили можливості зі збирання, зберігання і обробки інформації щодо окремих громадян в закладах охорони здоров'я. Активність у формуванні автоматизованих баз даних, обробка та поширення відомостей про осіб без їх відома, а особливо це почалось із

реформуванням медичної галузі призвели до виникнення проблеми інформаційної безпеки як медичних працівників, пацієнтів, так і третіх осіб щодо захисту персональних даних. Тобто проблема захисту інтересів особи в медичній сфері – це і проблема захисту персональних даних, що стосується діяльності особи у закладах охорони здоров'я [241, с. 45–46].

За відсутності чіткого механізму детального регулювання питань збирання, використання і знищення персоніфікованої інформації у сфері медицини існує, як зазначають науковці, ризик порушення права на приватність такої інформації [179, с. 48].

На шляху наближення до стандартів ЄС з приводу захисту персональних даних особи Україна здійснила важливий крок, ратифікувавши Конвенцію про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних і Додатковий протокол до Конвенції про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних щодо органів нагляду та транскордонних потоків даних [3], а також прийнявши Закон України «Про захист персональних даних». На шляху наближення до стандартів ЄС з приводу захисту персональних даних особи Україна здійснила важливий крок, ратифікувавши Конвенцію про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних і Додатковий протокол до Конвенції про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних щодо органів нагляду та транскордонних потоків даних [161], а також прийнявши Закон України «Про захист персональних даних» [407]. Зазначимо, що Закон України «Про захист персональних даних» докладно не врегульовує питання відповідальності за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних, а містить лише бланкетну норму, яка відсилає до іншого (спеціального) законодавства, вказуючи, що «порушення законодавства про захист персональних даних тягне за собою відповідальність, встановлену законом» (ст. 28 Закону) [407]. Отже, за порушення законодавства про захист персональних даних застосовуються цивільно-правова, дисциплінарна,

кримінальна й адміністративна відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством.

Акцентуємо увагу на адміністративній відповідальності за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних. Цей вид відповідальності є відносно новим, а відтак, і малодослідженим явищем у науці адміністративного права, а з огляду на швидке реформування сфери охорони здоров'я потребує ретельного дослідження.

Так, ст. 188-39 КУпАП визначає відповідальність за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних. Згідно зі ст. 23 Закону України «Про захист персональних даних» повноваження за додержанням законодавства про захист персональних даних у тому числі медичних покладено на Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (далі – Уповноважений) та суди [333; 407]. Адже відповідно до постанови Кабміну України від 10.09.2014 № 442 Державна служба України з питань захисту персональних даних була ліквідована [421].

З моменту покладення на Омбудсмана повноважень у сфері захисту персональних даних, після повного відкритого обговорення та внесених пропозицій наказом Уповноваженого затверджено документи, які регулюють таку діяльність. Це: Типовий порядок обробки персональних даних [537], Порядок здійснення Уповноваженим контролю за додержанням законодавства про захист персональних даних та додатки до нього [308], Порядок повідомлення Уповноваженого про обробку персональних даних, яка становить особливий ризик для прав і свобод суб'єктів персональних даних, про структурний підрозділ або відповідальну особу, що організовує роботу, пов'язану із захистом персональних даних при їх обробці, а також оприлюднення вказаної інформації та додатки до нього [310].

Щодо порядку проведення перевірок, то він визначений у Порядку здійснення Уповноваженим контролю за додержанням законодавства про захист



персональних даних, затвердженим наказом Уповноваженого від 08.01.2014 № 1/02-14 [308].

У результаті проведення перевірки складається акт перевірки додержання вимог законодавства про захист персональних даних, на підставі яких у разі виявлення порушень складається припис про їх усунення або протокол про адміністративне правопорушення.

Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Уповноваженого про обробку персональних даних або зміну відомостей, які підлягають повідомленню згідно з законом, повідомлення неповних чи недостовірних відомостей тягнуть за собою накладення штрафу на фізичних осіб – від 100 до 200 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб та фізичних осіб – суб'єктів підприємницької діяльності – від 200 до 400 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Невиконання законних вимог (приписів) Уповноваженого або визначених ним посадових осіб його секретаріату у цій сфері тягнуть за собою накладення штрафу на фізичних осіб – від 200 до 300 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб, громадян-суб'єктів підприємницької діяльності – від 300 до 1000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [153].

Те саме діяння вчинене протягом року повторно серед передбачених ч. 1 або 2 цієї статті, за яке особа вже притягалась до адміністративного стягнення, тягне за собою накладення штрафу на громадян – від 300 до 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб, громадян – суб'єктів підприємницької діяльності – від 500 до 2000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [153].

Недотримання норм закону та порядку захисту персональних даних, що призвело до незаконного доступу до них або порушення прав суб'єкта персональних даних, тягне за собою накладення штрафу на громадян – від 100 до 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб,

громадян – суб'єктів підприємницької діяльності – від 300 до 1000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Повторне протягом року вчинення порушення, передбаченого ч. 4 цієї статті, за яке особу вже було піддано адміністративному стягненню, тягне за собою накладення штрафу – від 1000 до 2000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [153].

Таким чином, згідно з чинним законодавством медичний працівник може нести відповідальність за розкриття відомостей про персональні дані через розголошення лікарської таємниці. Сьогодні лікар проводить занесення відомостей до медичної інформаційної системи під час вибору пацієнтами його своїм лікарем, але поки не може вносити зміни про стан хвороби та інші відомості. Інша медична інформація допоки зберігається переважно на паперових носіях [550].

Перспективним напрямом для вітчизняних дослідників є питання про встановлення адміністративної відповідальності за розголошення даних, які становлять лікарську таємницю публічних осіб. Особливої актуальності згадана проблематика набуває у зв'язку з розповсюдженням COVID-19. Варто зазначити, що вітчизняне законодавство не приділяє увагу цьому питанню. Натомість є практика ЄСПЛ [490], яка, згідно зі ст. 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» [325] є джерелом права для України.

Зарубіжний досвід юридичної відповідальності за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних автором цього дослідження розглянуто в окремій науковій публікації. Зроблено висновок, що законодавство зарубіжних країн містить більш жорсткі санкції за порушення законодавства у сфері захисту персональних даних [241].

Підвідомчість справ про адміністративні проступки щодо органів внутрішніх справ (Національної поліції України) визначена у ст. 222 КУпАП

[153]. Національна поліція України розглядає справи про адміністративні правопорушення в галузі охорони здоров'я населення, передбачені ч. 1 ст. 44 КУпАП [153]. Крім того, ст. 255 КУпАП містить перелік осіб, які мають право складати протоколи про адміністративні правопорушення.

Однак у визначеному законодавцем переліку статей у справах про адміністративні правопорушення, що розглядаються органами внутрішніх справ (Національною поліцією) відсутня ст. 42-4 «Порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності». У зв'язку з цим пропонуємо абз. 1 п. 1 ч. 1 ст. 255 («органів внутрішніх справ (Національної поліції)») доповнити текстом такого змісту: «стаття 42-4».

Як зазначалося вище, у ст. 42 КУпАП було внесено зміни законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо харчових продуктів» [334]. Утім законодавцем ще і досі не визначено підвідомчість справ про адміністративні правопорушення норм цієї статті. У зв'язку з цим пропонуємо наділити правом складати протоколи про адміністративні правопорушення за ст. 42 і ст. 44-2 КУпАП уповноважених посадових осіб органів охорони здоров'я. Відтак, вважаємо, що абз. 3 п. 1 ч. 1 ст. 255 («органів охорони здоров'я») слід доповнити текстом такого змісту: «статті 42, 44-2».

Вважаємо, що потребує змін і абз. 14 п. 1 ч. 1 ст. 255 КУпАП. Так, згідно з постановою Кабміну України від 10.09.2014 № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» Державну санітарно-епідеміологічної службу України було реорганізовано шляхом створення Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Згодом постановою Кабміну України від 29.03.2017 № 348 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби» [89] повторно ліквідовано Державну санітарно-епідеміологічну службу. Проте змін у абз. 14 п. 1 ч. 1 ст. 255 не було

внесено. Оскільки Державну санітарно-епідеміологічну службу України ліквідовано пропонуємо внести зміни у абз. 3 п. 1 ст. 255, яку слід викласти у такій редакції: «органів охорони здоров'я (статті 42-1, 42-2, 44-3, 45, 46, 46-2, 188-22, стаття 183 – щодо завідомо неправдивого виклику швидкої медичної допомоги); а абз. 14 п. 1 ч. 1 ст. 255 «органів державної санітарно-епідеміологічної служби (статті 42-1, 42-2, 44-3, 188-22)» – видалити.

Отже, кінцева редакція абз. 3 п. 1 ст. 255 виглядатиме наступним чином: «органів охорони здоров'я (статті 42, 42-1, 42-2, 44-3, 45, 46, 46-2, 188-22, стаття 183 – щодо завідомо неправдивого виклику швидкої медичної допомоги).

На підставі проведеного дослідження сформулюємо авторське визначення адміністративного проступку у сфері охорони здоров'я. Це суспільно небезпечна, шкідлива, протиправна, винна (умисна або необережна) дія або бездіяльність, що посягає на здоров'я населення та за яку чинним законодавством встановлено адміністративну відповідальність.

#### **Висновки до розділу 4**

Результати дослідження засобів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дають підстави для формулювання таких висновків:

1. Встановлено, що основними адміністративно-правовими засобами забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є ліцензування, акредитація медичних закладів, стандартизація, сертифікація та атестація медичних працівників. Сформульовано авторське визначення поняття «адміністративно-правові засоби забезпечення реалізації права на охорону здоров'я». Обґрунтовано доцільність удосконалення змісту поняття «заклад охорони здоров'я».

Запропоновано господарську діяльність з медичної практики класифікувати за видами господарської діяльності з медичної практики і за суб'єктами провадження господарської діяльності з медичної практики.

Встановлено, що потребує вдосконалення порядок здійснення контрольних заходів за ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики стосовно посилення вимог до матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення.

Доведено, що акредитація установ повинна передбачати кінцевий якісний результат, що виражається в досягненні конкретним лікувальним закладом визначеного рівня надання медичної допомоги. Визначено основну мету акредитації – стимулювання медичних установ до поліпшення якісних показників. Основна увага повинна приділятися оцінці роботи установ, їх підтримці, подальшому вдосконаленню їх сильних сторін.

2. З'ясовано, що основними об'єктами стандартизації в охороні здоров'я є права й обов'язки населення та медичних працівників, медична інформація і звітність, управління та організація охорони здоров'я, кадри, освіта, лікарські засоби, медичні послуги тощо. Проаналізовано міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я.

Виокремлено перспективні напрями вдосконалення (розвитку) законодавства у сфері охорони здоров'я, до яких віднесено паліативну допомогу, телемедицину, косметологію. Доведено доцільність розробки стандартів для медичних працівників, які практикують телемедицину, косметологію, а також надають паліативну допомогу.

Проаналізовано такі галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я: протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19), затверджений наказом МОЗ України від 02.04.2020, Примірний таблиць матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу,

затверджений наказом МОЗ України від 26.01.2018 № 148; лікарські формуляри, зокрема Державний формуляр лікарських засобів, регіональний формуляр лікарських засобів, локальний формуляр, затверджені наказом МОЗ України від 22.07.2009 № 529.

Доведено, що робота зі стандартизації медичної допомоги і приведення її до вимог міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я в Україні триває, а дотримання ратифікованих Україною міжнародних стандартів у цій сфері є метою і програмною настановою для успішного її реформування.

Виокремлено й обґрунтовано переваги запровадження комплексної системи управління якістю закладу охорони здоров'я, в основу якої має бути покладена якість надання медичної допомоги.

3. Вказано, що до форм адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я слід віднести: діяльність, пов'язану з ухваленням законів та інших нормативно-правових актів, а також видання актів управління нормативного й індивідуального характеру; підготовку та прийняття юридично значущих рішень у сфері охорони здоров'я на підставі правових норм; укладення адміністративних договорів; надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; здійснення інших дій, які мають юридичне значення та тягнуть за собою правові наслідки в межах системи охорони здоров'я.

Визначено такі особливості форм адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: 1) базуються на теорії форм діяльності публічної адміністрації; 2) метою є відновлення чи недопущення прав, свобод або законних інтересів суб'єктів медичних правовідносин; 3) здійснюються під час виконавчо-розпорядчої діяльності та укладення адміністративних договорів, а також надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; 4) видання нормативних та індивідуальних адміністративних актів, здійснення інших юридично значущих дій і матеріально-технічних операцій.

Доведено, що форми адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я мають такі ознаки: здійснюються від імені держави; закріплюються в нормативно-правових актах; є вираженням виконавчо-розпорядчих повноважень органів управління у сфері охорони здоров'я; тягнуть за собою виникнення, зміну або припинення суспільних відносин.

З урахуванням предметної спрямованості сформульовано поняття «форма адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я».

Здійснено класифікацію актів управління у сфері охорони здоров'я. Сформульовано авторське визначення методу адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Виокремлено специфічні ознаки методів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

4. Проаналізовано наукові праці, на підставі чого визначено напрями вдосконалення адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я.

Запропоновано наділити Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками правом перевіряти діяльність закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів господарювання, що провадять взяття, переробку, зберігання, реалізацію та застосування донорської крові і препаратів, а також з'ясовувати, чи дотримано правила контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервуючих розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів.

Доведено доцільність удосконалення норм Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів і приведення його у відповідність до ст. 45-1 КУпАП, а також чіткого формулювання функцій суб'єктів контролю та алгоритму здійснення такого контролю. Обґрунтовано доцільність створення у МОЗ України електронної

бази даних з обліку та систематизації правопорушень у сфері народної медицини (цілительства).

На підставі аналізу зарубіжного законодавства щодо юридичної відповідальності за порушення карантинних заходів встановлено, що в зарубіжних країнах законодавець вдається до більш жорсткого застосування санкцій, де крім значних штрафів до правопорушників застосовується також і обмеження волі.

Удосконалено визначення поняття адміністративного проступку у сфері охорони здоров'я шляхом конкретизації об'єкта його посягання.



## РОЗДІЛ 5

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

#### **5.1. Зарубіжний досвід правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Сьогодні наявність найвищого досяжного рівня здоров'я є основним фактором у досягненні миру та безпеки і залежить від найбільш тісного співробітництва окремих людей та держав [622].

Право на охорону здоров'я є ключовою темою дискусій у всьому світі, а забезпечення реалізації цього права й можливість населення отримати доступ до потрібної медичної допомоги знаходиться у центрі уваги. Країни світу стикаються з різноманітними проблемами в галузі охорони здоров'я. За даними Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я щонайменше половина населення світу не може отримати необхідні медичні послуги, у багатьох країнах світу ще й досі помирають люди, так і не отримавши доступу до профілактичних та лікувальних послуг. Країни, що розвиваються, продовжують боротися з кількістю випадкових інфекційних захворювань, поширенням СНІДу, малярії та інших хвороб, одночасно зіштовхуючись зі зростаючим тягарем випадкових смертей, дитячою смертністю, впливом поганої санітарії та інших факторів навколишнього середовища. Розвинені країни світу також борються з тиском на їхні системи охорони здоров'я через старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, супутніх захворювань та попит на доступ до нових технологій у сфері охорони здоров'я [708].

Про право на охорону здоров'я та його реалізацію йде мова в багатьох міжнародно-правових актах, зокрема: у Загальній декларації прав людини (стаття 25) [620], Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (стаття 12) [232], Хартії основних прав Європейського Союзу (стаття 35) [615], Європейській соціальній хартії (стаття 11) [107], Конвенції про права дитини (стаття 24) [164], Міжнародній конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5) [230], Конвенції Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11) [160], Конвенції про права осіб з інвалідністю (Конвенції про права інвалідів) (стаття 25) [165], Африканській хартії прав людини і народів (стаття 16) [599] тощо.

У статті 25 Загальної декларації прав людини зазначено, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини [620]. У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права зазначено, що держави, визнаючи право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я повинні вжити такі заходи, для повного здійснення цього права, які є необхідними для забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [232].

Відповідно до статті 35 Хартії основних прав ЄС кожна людина має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та право користуватися медикаментозним лікуванням на умовах, встановлених національним

законодавством та практикою. Підвищена увага повинна приділятися захисту здоров'я людини при розробці та здійсненні всіх політик та дій Європейського Союзу [615].

У статті 11 Європейської соціальної хартії зазначено, що з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я держави зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб, серед іншого: усунути, у міру можливості, причини слабкого здоров'я; забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності у питаннях здоров'я; запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [107].

Таким чином, кожна держава, ратифікувавши принаймні один міжнародно-правовий акт про права людини про визнання право на охорону здоров'я, зобов'язалася захищати це право у внутрішньому законодавстві, створювати стійкі національні системи охорони здоров'я і зміцнювати національний потенціал.

Реалізуючи права особи на охорону здоров'я, кожна країна світу переслідує три основні цілі функціонування системи охорони здоров'я, а саме: збереження здорових людей; лікування хворих; захист населення від фінансового розорення від медичних рахунків.

Реалізація права на охорону здоров'я у кожній країні напряму залежить від національної політики у галузі охорони здоров'я та правового забезпечення. При формуванні та реалізації політики у галузі охорони здоров'я багато країн світу у своєму законодавстві передбачають норми, що регулюють умови для організації та надання медичних послуг, забезпечення доступу до якісної допомоги, до якісних медичних послуг, доступу до безпечних лікарських засобів та вакцин, впровадження тих заходів, що в подальшому допоможуть

подолати проблеми відсутності забезпечення належного та економічно ефективного доступу до здоров'я та медичних послуг.

Хороше здоров'я населення напряму пов'язане з економічним розвитком та багатством, оскільки спосіб життя та умови, в яких люди живуть та працюють, мають ключовий вплив на їх здоров'я. Хороше здоров'я населення сприяє особистому, соціальному та економічному добробуту.

Саме ступінь здоров'я населення країни, включаючи рівень захворювань та рівень смертності, доступ до необхідних послуг для підтримки здоров'я, показники результатів звернення за медичною допомогою, а також дієвість систем охорони здоров'я лежить в основі багатьох світових рейтингів.

Сьогодні існує безліч світових рейтингів, що визначають найкращу систему здоров'я, що забезпечує реалізації права на охорону здоров'я громадян. В основі таких рейтингів лежать такі критерії:

1) ступінь фізичного та психологічного здоров'я населення країни (тривалість життя, рівень смертності, рівень імунізації, рівень захворюваності на туберкульоз, показники психічного стану суспільства, поширеність серед населення діабету і ожиріння),

2) доступність медичної допомоги, що включає в себе фізичну доступність, фінансову доступність [595, с. 12] та час очікування;

3) отримання доступу до необхідних послуг для підтримки здоров'я;

4) реалізація права на інформацію у сфері охорони здоров'я;

5) результати лікування;

6) профілактичний догляд.

7) інфраструктура охорони здоров'я;

8) майстерність та компетентність медичного персоналу;

9) обладнання для сучасної діагностики та лікування.

Так, відповідно до рейтингу процвітання серед 167 країн світу найкраща система охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 році функціонує у

Республіці Сінгапурі, Японії, Швейцарії. До десятки найкращих країн, які мають високі показники у реалізації права на охорону здоров'я та дієву систему охорони здоров'я належать: Республіка Корея, Королівство Норвегії, Гонконг, Ісландія, Королівство Данія, Нідерланди, Республіка Австрія. У двадцятку найкращих також увійшли Держава Ізраїль, Федеративна Республіка Німеччина, Королівство Іспанія, Республіка Мальта, Королівство Швеція, Республіка Франція, Італійська Республіка, Австралія, Велике Герцогство Люксембург, Республіка Ірландія. Система охорони здоров'я України займає 114 місце [743]. Відповідно до Індексу охорони здоров'я у 2019 р. найкраща система охорони здоров'я діє у Тайвані, Республіці Корея, Японії, Королівство Бельгії, Королівство Данії, Республіці Австрії, Королівстві Таїланді, Республіці Франції, Нідерландах та у Королівстві Іспанії. Натомість українська система охорони здоров'я знаходиться на 77 місці серед 84 країн світу [641]. Індекс глобального доступу до охорони здоров'я у світі визначив, що найвищу ефективність системи охорони здоров'я та доступ до медичної допомоги мають Нідерланди, Республіка Франція, Федеративна Республіка Німеччина, Австралія, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії, Канада, Республіка Куба, Італійська Республіка, Японія, Королівство Іспанія, США, Федеративна Республіка Бразилія, Держава Ізраїль, Тайвань, Королівство Таїланд, Республіка Колумбія, Республіка Казахстан, Республіка Корея, Республіка Польща, Республіка Чілі [636].

Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році до найкращих країн серед 195 країн світу належать США, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії, Нідерланди, Австралія, Канада, Королівство Таїланд, Королівство Швеція, Королівство Данія, Республіка Корея, Фінляндська Республіка. Україна у цьому рейтингу знаходиться на 97 місці [637]. А у звіті про найкращі країни світу за 2020 рік до країн з найбільш розвиненими системами охорони здоров'я належать: Канада, Королівство Данія,

Королівство Швеція, Королівство Норвегія, Федеративна Республіка Німеччина, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії, Японія, Австралія, Нідерланди, Швейцарія [728]. У звіті про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2018 рік система охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Королівстві Норвегії зайняли перші місця. Однак, поряд з цим найкраще правове регулювання реалізації права на охорону здоров'я, а також доступ до інформації пацієнту існує у Нідерландах та Королівстві Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндській Республіці, Королівстві Норвегії, Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах та Королівстві Швеції, профілактика – у Королівстві Норвегії, виробництво та обіг фармацевтичних препаратів – у Федеративній Республіці Німеччині та Нідерландах [630].

Аналіз вищезазначених рейтингів дає можливість виділити декілька країн світу, в яких правове забезпечення охорони здоров'я призвело до функціонування якісної та ефективної системи, де поважають право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, а до кожної проблеми при реалізації цього права підходять комплексно. До таких країн можна віднести: США, Австралію, Японію, Швейцарію, Нідерланди.

Загальновідомо, що ефективність роботи системи охорони здоров'я має сильний вплив на здоров'я населення. Основна мета будь-якої системи охорони здоров'я полягає у максимальному покращенні здоров'я людей при мінімальних витратах.

Нові демографічні, епідеміологічні та фінансові проблеми посилюють потребу орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби населення. Говорячи про реалізацію права особи на охорону здоров'я, необхідно зосередити свою увагу на основних складових: доступ до медичної допомоги (доступність та своєчасність), процес догляду (заходи профілактичної допомоги, безпечна допомога, скоординований догляд та зайнятість та переваги пацієнта),

адміністративна ефективність, справедливість та результати охорони здоров'я (рівень здоров'я населення, смертність, пов'язана із охороною здоров'я та захворюваннями), фінансування. Ці всі складові визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я загалом [245, с. 47].

Будь-яка медична допомога має бути своєчасною, безпечною, ефективною, орієнтуватися на пацієнта, справедливою [713, с. 35]. Так, наприклад, люди часто не отримують необхідну медичну допомогу, стикаються з труднощами при оплаті отриманої допомоги, не завжди швидко можуть отримати інформацію про призначення та отримати невідкладну допомогу. Відповідно до звіту ОЕСР «Здоров'я на перший погляд 2019: показники ОЕСР» кожна п'ята людина у світі повідомляє, що не зверталася до лікаря, незважаючи на медичні потреби [703, с. 30].

Починаючи з середини 20 століття, США почало формувати свою національну політику у сфері охорони здоров'я, що передбачала створення та імплементацію законів, правил та норм управління системою охорони здоров'я та реалізації права людини на таку охорону. Сьогодні система охорони здоров'я США складається з послуг, що надаються медичними працівниками для діагностики, лікування та запобігання психічним та фізичним захворюванням та травмам, а також охоплює широкий спектр суміжних секторів, таких як страхування, фармацевтика та медичні інформаційні технології.

Одними із найважливіших нормативно-правових актів, що створили підґрунтя для реалізації права на охорону здоров'я і функціонування сучасної системи охорони здоров'я в США є Поправки соціального забезпечення (1965 р.), якими передбачено існування двох систем медичного страхування у США: «Medicare» та «Medicaid» [648]; Закон «Про організацію охорони здоров'я» (1973 р.), що заклав основи організації охорони здоров'я у США і передбачив фінансування для сприяння створенню організацій, що займаються

охороною здоров'я [650]; Консолідований закон «Про примирення бюджету «Омнібус» (1985 р.), що надав працівникам і членам їх сімей дозвіл на продовження пільги для здоров'я, передбачені їхнім груповим планом охорони здоров'я, протягом обмежених періодів часу за певних обставин, таких як добровільна або мимовільна втрата роботи, скорочення відпрацьованих годин, перехід з одного місця роботи до іншого, смерть, розлучення та інші життєві події [620]; Закон «Про покращення якості *медичної* допомоги» (1986 р.), що передбачив механізм захисту медичних працівників від позовів, пов'язаних з експертним оглядом, та заохочення лікарів подавати офіційні скарги після зіткнення з непрофесійною та небезпечною поведінкою своїх колег, а також забезпечив імунітет для медичних працівників та установ під час проведення оцінок [642]; Закон «Про портативність та підзвітність медичного страхування» (1996 р.), що створив механізм збереження медичного страхування при зміні роботи та національні стандарти щодо приватності та безпеки електронної медичної інформації [649]; Закон «Про покращення якості та безпеки пацієнтів» (2005 р.), що захищає медичних працівників, які повідомляють про небезпечні умови та заохочує повідомляти про медичні помилки, зберігаючи конфіденційні права пацієнтів [707]; Закон «Про повторне затвердження програми медичного страхування дітей» (2009 р.), що створив міцну основу для забезпечення охорони здоров'я дітей, які живуть у сім'ях з низьким рівнем доходу [617]; Закон «Про медичні інформаційні технології в галузі економічного та клінічного здоров'я» (2009 р.), що надав Міністерству охорони здоров'я та соціальної служби повноваження створювати програми для поліпшення якості, безпеки та ефективності медичної допомоги шляхом пропаганди інформаційних технологій, включаючи електронні медичні записи, приватний та безпечний електронний обмін медичною інформацією [644]; Закон «Про захист пацієнтів та доступну допомогу» (2010 р.), що започаткував проведення реформ системи страхування та охорони здоров'я, спрямованої на досягнення майже



універсального покриття, більшої доступності покриття та догляду, вищої якості та ефективності, нижчих витрат, більш надійної первинної та профілактичної допомоги та більш широкого спектру ресурсів громади [601]; Закон «Про лікування 21 століття» (2016 р.), що передбачив покращення потоку та обміну електронною медичною інформацією, а також надання належного доступу до електронної медичної інформації для покращення загального стану здоров'я населення країни [593].

Медична допомога в США є однією з найкращих у світі, однак при цьому щорічні витрати на медичну допомогу у США є також одними з найвищих у світі і рівень таких витрат постійно збільшується [629; 748]. Так, зокрема, у 2019 році витрати на охорону здоров'я у США становили 16,9 % ВВП, а це понад 10 тисяч доларів США на особу [703, с. 32]. У порівнянні у Швейцарії витрати на охорону здоров'я становлять 12,2 % ВВП, у Федеративній Республіці Німеччини – 11,2 % ВВП, у Французькій Республіці – 11,2 % ВВП, у Королівстві Швеції – 11 % ВВП, у Японії – 10,9 % ВВП, у Канаді – 10,7 % ВВП, у Королівстві Данії – 10,5 % ВВП, у Королівстві Бельгії - 10,4% ВВП, в Австрії – 10,3 % ВВП, у Королівстві Норвегії – 10,2 % ВВП, у Нідерландах – 9,9 % ВВП, у Сполученому Королівстві Великої Британії та Північної Ірландії – 9,8 % ВВП [643].

Не дивлячись на те, що рівень витрат на охорону здоров'я держави постійно збільшується, медична допомога в США є надзвичайно дорога. Основна проблема США у сфері охорони здоров'я залишається відсутність своєчасної та доступної медичної допомоги. Зокрема, поганий доступ до первинної медичної допомоги сприяє неадекватній профілактиці та лікуванню хронічних захворювань, затримці діагнозів, неповному дотриманню лікування, марному використанню лікарських засобів та технологій, а також проблемам координації та безпеки. Наприклад, медична допомога щодо виправлення зламанної ноги може коштувати до 7500 доларів, а середня вартість триденного

перебування в лікарні становить близько 30000 доларів. Лікарські засоби та процедури в США можуть бути набагато дорожчими, ніж в інших країн світу [756].

У США немає націоналізованої системи охорони здоров'я, немає універсальної медичної допомоги, а натомість більшість людей у цій країні купують медичне страхування, щоб покрити більшість своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від заборгованості за отримання медичних послуг, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та лікарські засоби, що відпускаються за рецептом [245, с. 48].

Для отримання медичного страхування, перш за все, слід вибрати план медичного страхування, потім придбати і пройти реєстрацію, а надалі здійснювати регулярні платежі до медичної страхової компанії. Купуючи медичне страхування, американці вибирають первинного лікаря, який є частиною мережі страхової компанії. В основному, більшу частину медичної допомоги американці отримують саме від свого первинного лікаря.

Для отримання медичної допомоги, громадянин має записатися на зустріч до свого первинного медичного лікаря, зателефонувавши до нього. Існує два види зустрічей з лікарем в залежності від обставин звернення. Наприклад, якщо людина хворіє чи отримала травму, то зустріч буде призначена дуже швидко, якщо ж мова йде про звичайний медичний огляд, то в середньому зустріч треба чекати протягом кількох тижнів або навіть місяць. На першу зустріч до лікаря необхідно принести заповнений формуляр історії хвороби, де містяться дані про анамнез, сімейний анамнез, оцінка ризиків для здоров'я, інформацію про наявність алергій та вакцинацію, дослідження систем організму [652].

Медичне страхування в США впливає на те, чи отримують люди необхідну медичну допомогу, де отримують медичну допомогу, і, нарешті, наскільки вони здорові. Особи, що проживають в США та мають медичне

страхування, наділені спектром послуг при реалізації права на охорону здоров'я. У США у всіх лікарнях орієнтуються на пацієнта. Пацієнт отримує необхідну допомогу з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування, швидкий доступ до спеціалізованих лікарів. Пацієнти наділені правом ставити будь-які запитання, шукати думку іншого фахівця, скаржитися до суду на неякісне надання медичної допомоги. Саме загроза судового позову вимагає від закладів охорони здоров'я надавати якісні послуги, адже американська система відповідальності за делікт дозволяє пацієнтам переслідувати в суді лікарню та лікаря за завдану шкоду під час лікування, спричинену неправильними вчинками. В результаті цього США є єдиною країною світу, яка має одну з найповніших та найефективніших мереж у світі щодо охорони здоров'я та захисту споживачів [635], що постійно розвивається та удосконалюється.

Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем фізичної особи та поширюється на його найближчу родину. Деякі страхові плани надаються федеральними чи штатними урядами, профспілками або особами. Охоплення, передбачені різними планами медичного страхування, різко різняться. Вони можуть включати чи не включати велику чи малу франшизу, доплату чи співстрахування; бенефіціари можуть сплачувати велику, малу або частку премій за медичне страхування; деякі плани охоплюють утриманців, інші – ні. Після виходу на пенсію громадяни США можуть отримати допомогу через програму «Medicare» [686]. Сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати допомогу через «Medicaid» [678; 653].

Поряд з цим, в США існує велика кількість незастрахованих осіб. Нестраховані люди набагато частіше, ніж ті, хто має медичне страхування, відкладають медичну допомогу або взагалі відмовляються від неї, що призводить до серйозних наслідків. Заклади охорони здоров'я США

розглядають лише екстрені випадки без попередньої оплати, і можуть відмовитися від лікування без підтвердження страхування або застави.

Варто також звернути увагу на те, що в США здійснюється експертна перевірка лікарями надання медичної допомоги, яку надавали їхні колеги лікарі. Запровадження ефективною професійною експертною оцінкою надання медичної допомоги було направлено на вирішення ряду проблем, зокрема: зростаючу кількість випадків зловживання лікарем та необхідність покращення якості медичної допомоги, існування національної потреби обмеження можливості некомпетентних лікарів переходити з лікарні в іншу лікарню в різних штатах без розголошення або виявлення попередньої шкоди чи некомпетентної діяльності лікаря, існування потреби у забезпеченні стимулів та захисту для лікарів, які беруть участь у ефективних професійних експертних оцінках. Поряд з цим, сьогодні не існує стандартів, якими б керувались при проведенні об'єктивної експертної оцінки, що призводить до зловживань та виконання цього процесу для власної вигоди для дискредитації лікарів, які можуть перебувати у політичній чи економічній конкуренції, використання помилкових доказів. Тому сьогодні в США мова йде про удосконалення цього процесу і досягнення цілей, які були поставлені з провадженням експертної перевірки [642; 662].

Крім того, у США встановлені національні стандарти для захисту конфіденційної інформації про стан здоров'я пацієнта, розголошення яких заборонено без згоди та відома пацієнта. Ці стандарти забезпечують належний захист інформації про здоров'я людей, створюючи при цьому потік медичної інформації, необхідної для надання та просування високоякісної медичної допомоги та захисту здоров'я та добробуту населення, а також баланс, який дозволяє використовувати інформацію, одночасно захищаючи приватність людей, які потребують медичної допомоги. Стандарти правил конфіденційності стосуються використання та розкриття інформації про здоров'я людей (відома

як «захищена інформація про здоров'я») суб'єктами, на яких поширюється правило конфіденційності, тобто *постачальниками медичних послуг*, суб'єктами, які надають або оплачують вартість медичного обслуговування, «Medicare», «Medicaid», інформаційними медичними центрами тощо. Стандарти правил конфіденційності також містять стандарти щодо прав людей на розуміння та контроль використання їх медичної інформації [649].

Реалізацію національної політики у сфері охорони здоров'я в США здійснюють багато органів державної влади, що наділені різними повноваженнями.

Захистом та зміцненням здоров'я та добробуту у США, забезпеченням ефективними медичними та соціальними послугами займається Міністерство охорони здоров'я та соціальної політики (The U.S. Department of Health and Human Services), до складу якого входить 8 відомств служби охорони здоров'я [747].

Для створення безпечної, якісної, доступної, справедливої системи охорони здоров'я в США існує Агентство з досліджень та якості охорони здоров'я (The Agency for Healthcare Research and Quality's), що має на меті допомогти системам охорони здоров'я та професіоналам надати якісну, безпечну та цінну допомогу, зосереджуючись на трьох основних компетенціях: дослідження системи охорони здоров'я, удосконалення практики, проведення аналітики, як працює система охорони здоров'я США та де є можливості для вдосконалення [729].

Агентство з реєстру токсичних речовин та захворювань (The Agency for Toxic Substances and Disease Registry) захищає від шкідливих наслідків для здоров'я, пов'язаних із впливом природних та техногенних шкідливих речовин. Реагуючи на надзвичайні ситуації з охороною навколишнього середовища, це агентство проводить розслідування нових екологічних загроз для здоров'я; проводить дослідження щодо впливу шкідливих відходів на здоров'я; та

розбудову можливостей та надання дієвих вказівок державним та місцевим партнерам у галузі охорони здоров'я [730].

Центри з контролю та профілактики захворювань (The Centers for Disease Control and Prevention) захищають здоров'я населення країни, забезпечуючи керівництво у профілактиці та контролі захворювань, які можна запобігти, а також реагування на надзвичайні ситуації у галузі охорони здоров'я [732].

Центри Medicare та Medicaid Services (The Centers for Medicare & Medicaid Services) поєднують контроль за програмою «Medicare», федеральною частиною програми «Medicaid» та Державною програмою медичного страхування дітей, ринком медичного страхування та відповідними заходами із забезпечення якості [733].

Управління з контролю за продовольством та лікарськими засобами (The Food and Drug Administration) відповідає за охорону здоров'я населення шляхом забезпечення безпеки та ефективності лікарських засобів для людей та тварин, біопрепаратів та медичних виробів, а також шляхом забезпечення безпеки продуктів харчування, косметичних засобів. Це управління несе відповідальність за регулювання виробництва та реалізації тютюнових виробів, сприяє пришвидшенню інновацій, які роблять медичні вироби ефективнішими [739].

Адміністрація медичних ресурсів та послуг (The Health Resources and Services Administration) надає медичну допомогу людям, які є географічно ізольованими, економічно чи медично вразливими (люди з ВІЛ/СНІДом, вагітні жінки та жінки з дітьми), які потребують високоякісної первинної медико-санітарної допомоги, підтримує підготовку медичних працівників, розподіл постачальників у сфері, де вони найбільше потрібні, та вдосконалення надання медичної допомоги, контролює донорство органів, кісткового мозку та пуповинної крові, веде бази даних, що захищають від зловживань медичними послугами, відходів, шахрайства та зловживань [740].

Індіанська служба охорони здоров'я (The Indian Health Service) надає американським індіанцям та корінним жителям Аляски медичні послуги, розробляє та керує програмами для задоволення їхніх потреб у охороні здоров'я [741].

Національний інститут охорони здоров'я (The National Institutes of Health) підтримує біомедичні та поведінкові дослідження у США та за кордоном, проводить дослідження у власних лабораторіях та клініках, готує перспективних молодих дослідників та сприяє збору та обміну медичними знаннями [745].

Управління з глобальних питань (Office of Global Affairs) забезпечує керівництво та провадження дипломатії у галузі охорони здоров'я та політики захисту здоров'я та добробуту американців [704].

Офіс Національного координатора з питань інформаційних технологій в галузі охорони здоров'я (The Office of the National Coordinator for Health Information Technology) здійснює координацію загальнодержавних зусиль щодо впровадження та використання найсучасніших інформаційних технологій охорони здоров'я та електронного обміну інформацією про здоров'я, надає консультації щодо розробки та впровадження національної системи інформаційних технологій в галузі охорони здоров'я [746].

Адміністрація служб зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) покращує доступ та зменшує бар'єри для високоякісних, ефективних програм та послуг для осіб, які страждають на наркоманію та психічні розлади або перебувають у групі ризику, а також для їх сімей та громади [725].

Однієї з найкращих систем охорони здоров'я у світі є система в Австралії, яка забезпечує безпечну та доступну медичну допомогу для всього населення країни. Основою для такої системи є надійне законодавство, що врегульовує більшість аспектів цієї сфери. До таких нормативно-правових актів слід

віднести: «Національний закон про охорону здоров'я 1953 року» [695], Закон «Про лабораторії сироватки крові Співдружності 1961 року» [619], Закон «Про медичне страхування 1973 року» [646]; Закон «Про епідеміологічні дослідження (конфіденційність) 1981 року» [628]; Закон «Про охорону здоров'я та інші послуги (компенсація) 1995 року» [639]; Закон «Про Австралійський інститут охорони здоров'я та добробуту 1987 року» [605], Закон «Про медичне страхування (патологія) (збори) 1991 року» [645]; Закон «Про збір на охорону здоров'я та інші послуги (компенсація) 1995 року» [640] Закон «Про медичну шкоду 2002 року» [683]; Закон «Про медичне забезпечення (нагляд та стандарти продукції) 2003 року» [681], Закон «Про медичне відшкодування (виплата на підтримку виплат) від 2004 року» [682]; Закон «Про медичне відшкодування (виплата за конкурентну перевагу) 2005 року» [680], Закон «Про рак Австралії 2006 року» [612]; Закон «Про національну безпеку охорони здоров'я 2007 року» [699]; Закон «Про стоматологічні виплати від 2008 року» [624]; Закон Австралії «Про орган донорства та трансплантації органів 2008 року» [607]; Закон «Про ідентифікатори охорони здоров'я 2010 року» [651]; Закон «Про Австралійське національне агентство з профілактичного здоров'я 2010 року» [606]; Закон «Про систему професійної відповідальності акушерки (внесок Співдружності) 2010 року» [688]; Закон «Про професійну компенсацію акушеркам 2010 року» [688], Закон «Про реформу охорони здоров'я 2011 року» [698], Закон «Про медичні записи 2012 року» [692], Закон «Про Національний реєстр скринінгів (послідовні та перехідні положення) 2016 року» [694], Закон «Про біозахист 2015 року» [609], Закон «Про гарантування медичної допомоги 2017 року» [685].

Австралійська система охорони здоров'я, реалізуючи право кожного громадянина на охорону здоров'я, надає широкий спектр послуг: від охорони здоров'я та профілактики населення до загальної практики, екстрених медичних послуг, реабілітації, паліативної допомоги. Система охорони здоров'я Австралії



є прикладом надійної та добре керованої системи, яка характеризується сумішшю державних та приватних постачальників медичних послуг [731].

В Австралії існує універсальне покриття через програму державного страхування «Medicare», що фінансується платниками податків, які сплачують відсоток від свого доходу для покриття витрат. Державне страхування «Medicare» охоплює більшість медичних послуг, включаючи послуги лікаря та лікарні, а також забезпеченням лікарськими засобами, що відпускаються за рецептом. Існування цієї програми забезпечило населення Австралії високоякісною та доступною медичною допомогою, що передбачає безкоштовне лікування в державних лікарнях, які становлять половину від всіх лікарень в Австралії, а також забезпечення безкоштовними або субсидованими виплатами приватним медичним працівникам за конкретні послуги по всій країні. Стаціонарна допомога, доступ до більшості медичних послуг та лікарських засобів, що відпускаються за рецептом в державних лікарнях надається безкоштовно [687].

Більшість лікарів є самозайнятими, тобто ведуть свою лікарську практику, працюють у групах і платять плату за надання послуг.

Поряд з державним медичним страхуванням, в Австралії поширене також добровільне приватне медичне страхування, яке надає доступ до приватних лікарень та до деяких послуг, які державна система страхування не покриває. Таким чином, приватне страхування надає додаткове покриття. Наприклад, особи, які мають право на покриття «Medicare», можуть мати приватне страхування, яке можна використовувати як у приватних, так і в державних лікарнях, що дає можливість отримати доступ до широкого вибору лікарень та лікарів. Приватне страхування може мати 2 види покриття: покриття деяких або всіх витрат на лікування як приватного пацієнта та покриття додаткове до державного страхування, що охоплює деякі медичні послуги, які не охоплені програмою державного страхування «Medicare» (наприклад, стоматологічні,

фізіотерапевтичні та офтальмологічні послуги). При цьому уряд платить щонайменше за 85 % амбулаторних послуг та за 75 % медичних зборів для приватних пацієнтів, які користуються державними лікарнями. Пацієнти доплачують лише за ті послуги, які не покрито [604].

Таким чином, «Medicare» забезпечує безкоштовний або недорогий доступ для всіх австралійців до більшості медичних послуг, а приватне медичне страхування доповнює функціонування державної системи охорони здоров'я.

В Австралії з метою високоякісного медичного обслуговування зроблено акцент на цифровій інформації та цифровому здоров'ї, що може допомогти врятувати та покращити життя шляхом забезпечення безпечних, якісних та ефективних медичних послуг для всього населення країни. Сьогодні в Австралії система охорони здоров'я ставить людей на перше місце, надаючи більший вибір, контроль та прозорість.

Прийнята Радою з питань охорони здоров'я урядів Австралії Національна стратегія цифрового здоров'я у 2017 році визначає сім ключових пріоритетів, які складають основу австралійського бачення цифрового здоров'я, зокрема: інформація про стан здоров'я є доступною, коли і де вона потрібна; інформацією про стан здоров'я можна обмінюватися безпечно; якісні дані, які можна використовувати з впевненістю; краща доступність і доступ до рецептів та інформації про лікарські засоби; впровадження моделі допомоги з цифровою підтримкою, що сприяють покращенню доступності, якості, безпеки та ефективності охорони здоров'я (розробка нових цифрових послуг для підтримки здоров'я немовлят та дітей, вдосконалення цифрових послуг для попереднього планування догляду, вдосконалення обміну інформацією в умовах невідкладної допомоги, розширення доступу до телемедичних послуг, особливо у сільській та віддаленій Австралії; працівники, які впевнено використовують цифрові технології охорони

здоров'я для забезпечення здоров'я та догляду; процвітаюча цифрова індустрія охорони здоров'я, що пропонує інновації світового класу [603].

Сьогодні в Австралії всі бажаючі можуть мати електронну медичну картку (my health record), що є онлайн-підсумок основної медичної інформації й дозволяє особам ділитися інформацією про стан здоров'я з лікарями, лікарнями та іншими постачальниками медичних послуг. Особа сама контролює те, що потрапляє до запису і кому дозволено отримати доступ. Медичні працівники можуть отримати доступ до даних про стан здоров'я, щоб переглянути та додати інформацію про стан здоров'я пацієнтів. До таких даних належать: загальні відомості про стан здоров'я, резюме виписок, записи про рецепти на лікарські засоби та відпуск цих рецептів, звіти про патології та звіти про діагностику [691].

У статті 25 Конституції Японії зазначено, усі люди мають право підтримувати мінімальний рівень здорового і культурного життя. У всіх сферах життя держава використовує свої зусилля для просування та розширення соціального добробуту, безпеки та охорони здоров'я [735]. Реалізуючи дане право, уряд Японії впроваджує політику у сфері охорони здоров'я, суть якої зводиться не лише до повного провадження універсального страхового покриття, контролі й викоріненні загальних інфекційних хвороб, ретельному контролі за витратами на охорону здоров'я та здійсненні обслуговування населення, а і у вжитті заходів для здорової тривалості життя японців, запровадженні заходів на вдосконалення якості та ефективності лікування і догляду, збільшенні ефективного покриття профілактичних заходів та заходів з охорони здоров'я з метою подальшого зменшення тягаря неінфекційних захворювань [726, с. 15]. Сьогодні громадяни Японії мають найдовшу тривалість життя у світі [700, с. 3; 700].

Система охорони здоров'я та медичне страхування Японії – одні з найкращих у світі. Частково це пояснюється сильним акцентом Японії на

профілактичній допомозі, яка підтримує більшість населення здоровими. До основних нормативно-правових актів, які забезпечують право на охорону здоров'я належать: Закон «Про медичне страхування» (1922 р.) [647], Закон «Про медичну допомогу» (1948 р.) [679], Закон «Про медичних працівників» (1948 р.) [684], Закон «Про лікарів-стоматологів» (1948 р.) [625], Закон «Про медсестер та акушерок» (1948 р.) [597]; «Національний закон про медичне страхування» (1958 р.) [696], Закон «Про забезпечення медичної допомоги літнім людям» (1982 р.) [596], Закон «Про страхування довгострокового догляду» (1997 р.) [676].

Законодавчі та місцеві органи влади Японії зобов'язані забезпечувати функціонування системи охорони здоров'я, надання ефективності та якісної медичну допомогу, вживати необхідних заходів для того, щоб отримувачі медичної допомоги могли легко отримати необхідну інформацію для вибору лікарні, клініки чи диспансеру. У Японії є численні державні лікарні, приватні лікарні та клініки [659]. Історично так склалося, що в Японії не було системи загальної практики, різниця між первинною і вторинною розмита і більшість лікарів обирають спеціальність без жодного національної акредитації. Всі медичні заклади мають впроваджені найсучасніші технології у галузі охорони здоров'я. Уряд надає фінансову підтримку центрам, які цілодобово приймають важкохворих. Також впроваджена система нічного телефонного консультування педіатрами. Крім того, усі медичні заклади Японії зобов'язані повідомляти про всі свої медичні помилки або випадки недбалості, щоб полегшити їх уникнення в майбутньому [719, с. 139].

Формуванням та реалізацією політики у сфері охорони здоров'я в Японії займається Міністерство охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення [744].

У Японії також функціонує Японська рада з якісного медичного обслуговування, що створена у 1995 році як незалежна некомерційна

організація, яка спрямована на покращення охорони здоров'я та добробуту Японії. Японська рада з якісного медичного обслуговування здійснює діяльність з нейтральної, наукової точки зору, високо поважаючи етику та автономію, яка спрямована на покращення якості та безпеку в охороні здоров'я, а також забезпечуючи надійну систему охорони здоров'я, сприяючи тим самим покращенню здоров'я та добробуту країни. Основними завданнями цієї ради є: побудова відносин взаємної довіри та співпраці з пацієнтами, сім'ями, постачальниками медичних послуг та всіма іншими пов'язаними сторонами; забезпечення прозорості та підзвітності суспільству, підтримка покращення якості та безпеки в охороні здоров'я з наукової та професійної точки зору.

До того ж, до повноважень ради належить проведення оцінки якості лікарні та надання медичної допомоги, що допомагають визначити ключові проблеми та здійснювати постійне удосконалення. Як правило, лікарні самі зацікавлені кожні три-п'ять років пройти таке оцінювання. Це зумовлено тим, що у медичній системі Японії, де ринок пропонує скрізь однакові ціни, лікарня зацікавлена показати свій рейтинг, щоб залучити більше пацієнтів. Якщо рейтинг є низьким, така лікарня вживає заходів щодо покращення його [742].

Систему медичного страхування для зайнятого населення в Японії було введено в 1922 році, для самозайнятого населення в 1938 році і загальне охоплення було досягнуто 1961 році [726, с. 19]. Саме з 1961 року у Японії діє універсальна система медичного страхування, що забезпечило всебічне охоплення всіх громадян Японії [697; 719, с. 16]. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є її безкоштовний доступ до медичних установ. Система надання медичної допомоги Японії забезпечує необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту їх лікування незалежно від їх страховки, статусу або тяжкості захворювання (хоча пацієнти зобов'язані платити в окремих випадках додаткову плату за заклади третинної

допомоги, якщо вони не мають направлення від первинної чи вторинної медичної установи). У Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою доки мешканці мають підтвердження страхування, вони можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску [719, с. 58; 614]. Медичне страхування охоплює понад 5000 медичних процедур, стоматологічну допомогу та забезпечення лікарськими засобами [719, с. 68].

Зарахування на державне медичне страхування є обов'язковим, незалежно від громадянства, для всіх тих, хто проживає в Японії три місяці і більше. Замість того, щоб вибирати за бажанням, схеми державного медичного страхування визначаються відповідно до статусу зайнятості, віку та місця проживання [706].

Понад 3000 страховиків Японії можна приблизно розділити на основі трьох видів страхування, які вони надають: медичне страхування на базі роботодавців, національне медичне страхування на базі місця проживання та медичне страхування людей віком від 75 років. Медичне страхування для людей віком від 75 років підтримується в основному за рахунок державного фінансування, а також за рахунок внесків від медичного страхування на базі роботодавців та національного медичного страхування.

Медичне страхування на основі роботодавців можна розділити на 3 схеми. Першою з цих схем керуються товариства з медичного страхування, спрямовані переважно на великі компанії, які мають право на державні субсидії у випадку фінансових труднощів. Друга схема керується Асоціаціями взаємодопомоги, спрямовані на державних службовців, які не мають права на державні субсидії. Третя схема управляється Японською асоціацією медичного страхування та спрямована на працівників малих та середніх компаній.

Національна система медичного страхування на базі місця проживання – це система медичного страхування, яка охоплює самозайнятих, безробітних та

пенсіонерів до 75 років. Іншими словами, національна система медичного страхування діє як мережа медичної безпеки для підтримки здоров'я мешканців у тому сенсі, що вона страхує тих, хто не застрахованих по інших схемах. Система медичної допомоги для літніх людей похилого віку була запроваджена у 2008 році. Усі люди віком від 75 років повинні записатись на цю систему, яка адмініструється на муніципальному та префектурному рівнях. З метою сприяння прозорості та підзвітності щодо витрат на медичну допомогу, що супроводжують старіння населення, система для людей, старших 75 років, стала практично незалежною від системи національної системи медичного страхування. Премії розраховуються на преференційному рівні, виходячи з витрат на охорону здоров'я за попередні два роки та вираховуються з індивідуальних пенсій вступників. Система медичної допомоги для літніх людей похилого віку підтримується державними субсидіями разом з фіскальними коригуваннями двох вищезазначених схем страхування [594].

Для отримання медичної допомоги, особа має зареєструватися в Національній системі медичного страхування або в плані асоціації охорони здоров'я, наданому їх роботодавцем. Якщо вони зареєструються через свого роботодавця, їхні страхові внески будуть автоматично відраховуватися із заробітної плати, якщо ні, то вони повинні регулярно сплачувати внески в систему державного медичного страхування. Самозайняті та безробітні повинні записатись на Національний план медичного страхування в офісі місцевого самоврядування. Їх внесок для медичного страхування буде визначатися, виходячи з доходу. Так, наприклад, вартість Національного медичного страхування залежить від району проживання застрахованої особи. Люди, що мають річний дохід менше певної суми, можуть отримати 70 %, 50 % або 20 % знижки на свій страховий збір [744].

Обсяг медичних послуг та офіційні тарифи на медичні послуги, які охоплюються державним медичним страхуванням, обговорюється Центральною

медичною радою по соціальному страхуванні, до складу якої входять представники лікарів-клінік та лікарень. На основі пропозицій ради Міністерство охорони здоров'я, праці та добробуту приймає рішення щодо покриття та цін на медичні послуги [658].

Щомісячні витрати, як правило, базуються на заробітній платі, а покриття медичних витрат змінюється залежно від кожної схеми. У Японії можливе і приватне медичне страхування, оскільки деякі медичні методи лікування не покриваються Національним медичним страхуванням або медичних страхуванням працівників (певна внутрішньоутробна допомога, пологи та припинення вагітності, добровільні щеплення). За системою охорони здоров'я в Японії пацієнт бере на себе відповідальність за 30 % медичних витрат, а уряд сплачує решту 70 %. Система охорони здоров'я в Японії забезпечує безкоштовні процеси скринінгу на деякі захворювання, контроль інфекційних захворювань і ведення вагітності [679].

В Японії діє електронна база даних, яка існує вже близько 10 років, і 70% лікарень Японії її уже впровадили. Програми лікарень можуть різнитися одна від одної, але всі вони пов'язані між собою. Між лікарнями повинно бути укладено договір, щоб мати можливість взаємного доступу до бази даних. Існує спроба встановити «клінічний пропуск», щоб включити кожного громадянина до однієї єдиної бази даних [602].

Японія є однією з найбільш здорових країн світу, однак в даний час японська система охорони здоров'я стикається з двома основними виклики: фінансова стійкість й фіскальний тиск на систему охорони здоров'я та населення, що швидко старіє [658]. Японія уже прийняла відповідне законодавство і сьогодні політика у сфері охорони здоров'я спрямована на вирішення фінансового балансу між зростаючим попитом, що обумовлених старіння населення та фінансовою стійкістю в умовах обмеженого економічного зростання [660]. Якщо не вирішити це, то швидке збільшення



старіння населення може накласти великі тягар на систему охорони здоров'я, включаючи систему загального медичного страхування. Понад 50 % витрат на медичну допомогу витрачається на людей похилого віку населення (віком 65 років і старше), а населення молодшого віку (у віці 0–14 років) становив лише 8 % [726, с. 3; 722].

Щоб вирішити ці проблеми, уряд Японії проводить удосконалення діючої політики у сфері охорони здоров'я, створення стійкої системи охорони здоров'я, пріоритетним напрямками якої є заходи підтримки дітей та виховання дітей та працевлаштування молоді, реформування медичної та довготривалої допомоги, пенсійна реформа, заходи проти бідності та нерівності доходів; заходи для малозабезпечених доходів як загальна система.

Щодо країн ЄС, то ЄС забезпечує для своїх громадян реалізацію права на доступ до медичної допомоги у будь-якій країні. Перш за все, політика охорони здоров'я ЄС служить доповненням національних політик країн ЄС щодо реалізації та захисту права на охорону здоров'я, забезпечення високого рівня здоров'я громадян, створення умов на поліпшення здоров'я громадян і забезпечення доступності, ефективності та стійкості систем охорони здоров'я. Політика ЄС спрямована на поліпшення охорони громадського здоров'я, запобігання фізичним та психічним розладам та захворюванням і усунення джерел небезпеки фізичному та психічному здоров'ю, боротьбу з тяжкими хворобами, дослідженню їхніх причин, шляхів поширення та методів запобігання цим хворобам. Крім того, діяльність ЄС у сфері охорони здоров'я охоплює інформаційну та освітню роботу у питаннях охорони здоров'я та моніторингу, раннього виявлення і боротьби проти серйозних транскордонних загроз здоров'ю, координації та полегшення обміну найкращими практиками між країнами ЄС [621]. Так, у Директиві 2011/24/ЄС про права пацієнтів у транскордонному охороні здоров'я визначено умови, за яких пацієнт може подорожувати до іншої країни ЄС для отримання безпечної та якісної медичної

допомоги та відшкодування витрат за власною системою медичного страхування, що покриває витрати на охорону здоров'я, а також рецепт та доставку лікарських засобів та медичних виробів [737].

Хоч і Швейцарія не є членом ЄС, однак її система охорони здоров'я є найкращою в Європі. Поряд з цим, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі та дуже складною, що поєднує в собі аспекти управління конкуренцією та інтеграцію груп інтересів у політику цього процесу.

Забезпечення права на охорону здоров'я регулюється величезною децентралізованою нормативною базою, що сформувалася під впливом прямої демократії. Так, наприклад, постійно відбувається обмін повноваженнями щодо прийняття рішень між трьома різними рівнями управління (федеральним, кантонами і муніципалітетами), організаціями громадянського суспільства (асоціації страховиків та медичних працівників) і самим населенням, які можуть накладати вето або вимагати реформи через громадські референдуми. Охорона здоров'я у Швейцарії в основному організована її регіонами (кантонами), контроль за її реалізацією здійснює Федеральне управління охорони здоров'я. Міністри охорони здоров'я з усіх регіонів утворюють Швейцарську конференцію кантональних міністрів громадського здоров'я, яка спрямована сприяти співпраці та реалізації охорони здоров'я в цілому [623, с. 24].

Основою для забезпечення права на охорону здоров'я є Федеральний закон «Про медичне страхування» [670], Федеральний закон «Про електронний облік пацієнтів» [673], Федеральний закон «Про медичне відтворення» [671], Федеральний закон «Про генетичний аналіз людини» [668], Федеральний закон «Про трансплантацію органів, тканин і клітин» [672], Федеральний закон «Про дослідження людських істот» [666], Федеральний закон «Про дослідження ембріональних стовбурових клітин» [667], Федеральний закон «Про університетські медичні професії» [675], Федеральний закон «Про медичні

професії» [674]. Поряд з цим федеральним законодавством, кантони також відповідають за правове забезпечення охорони здоров'я на своїй території та несуть відповідальність за забезпечення доступу людей до необхідних медичних послуг [632].

Швейцарська система охорони здоров'я відома не тільки своєю складністю, але і своєю якістю, що частково пов'язано з густою мережею медичних працівників. У 2019 році в Швейцарії було зайнято 37882 лікарів, що відповідає щільності 4,4 лікарів на 1000 жителів [724]. Основними установами, що надають медичні послуги, є лікарі загальної практики, державні та приватні лікарні, будинки престарілих та Spitex (послуги з догляду на дому).

Швейцарія забезпечує доступ до медичної допомоги через систему медичного страхування, яка стала обов'язковою для всього населення з 1996 року. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями. Натомість кожен, хто проживає в Швейцарії, сплачує внески й може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування [669]. Основними характеристиками медичного страхування є: індивідуальна належність (кожен член сім'ї повинен підписати договір страхування та сплатити відповідну премію); універсальний доступ до кошика пільг, визначений центральним урядом, право змінювати страховика щороку; єдині договори страхування [669; 623].

Багато людей доповнюють базове покриття додатковим приватним медичним страхуванням. Таким чином, доступ до системи охорони здоров'я, мають лише ті, хто має хоча б базове медичне страхування. Базове медичне страхування покриває близько 80-90 % витрат на охорону здоров'я, включаючи: аварії, альтернативну терапію, психотерапію, реабілітацію після операцій чи серйозних захворювань, обстеження на рак, екстрене лікування серйозних захворювань рота чи щелепи (стоматологічна допомога), загальні обстеження та

лікування (стаціонарне, амбулаторне та невідкладне), догляд за очима, гінекологічні обстеження та пологи, витрати на медичні вироби, ліки по рецептах. Крім того, базове медичне страхування охоплює кілька щеплень, зокрема: щеплення проти коклюшу, дифтерії та правця, гепатиту Б, кору, свинки та краснухи [611].

У Швейцарії без наявності страхового полісу будь-яка особа не зможе отримати доступ до медичних послуг, окрім невідкладної допомоги, за яку в кінцевому варіанті все одно виставлять рахунок [623].

У Швейцарії діє електронна охорона здоров'я, що має на меті надання допомоги пацієнтам у доступі до власних медичних даних та обміну ними із вибраними постачальниками послуг, покращення співпраці та інтеграції між постачальниками медичних послуг, підвищення прозорості медичних послуг [613; 627].

Нідерланди побудували одну із найякісніших систем охорони здоров'я у світі. Сьогодні ця країна відома своїм універсальним та чудовим рівнем охорони здоров'я, що включає профілактичну допомогу, медикаментозне лікування та невідкладну допомогу. На відміну від багатьох інших європейських систем, уряд управляє охороною здоров'я у державі, а також несе відповідальність за доступність та якість системи охорони здоров'я [663].

Існуюча система охорони здоров'я базується на таких принципах: доступ до догляду для всіх, солідарність через обов'язкове та доступне медичне страхування для всіх, хороша якість обслуговування та зручність для пацієнтів. Система охорони здоров'я Нідерландів є найкращою в Європі на основі надання інформації, якості медичної допомоги, доступності та використання лікарських засобів. Нідерланди мають найкоротші списки очікування у всій Європі, і майже кожен отримує необхідне лікування.

Основа системи охорони здоров'я Нідерландів складають такі нормативно-правові акти: Закон «Про медичне страхування» [758], Закон «Про

довгостроковий догляд» [751], Закон «Про соціальну підтримку» [752], Закон «Про громадське здоров'я» [753], Закон «Про молодь» [661], Закон «Про якість медичної допомоги, скарги та суперечки» [750].

Система охорони здоров'я у Нідерландах поділена на три складові:

- 1) тривалий догляд за хронічними станами;
- 2) основна та найважливіша медична допомога – від відвідування лікарями до короткотермінового перебування в лікарні, призначення або процедури спеціаліста, додаткова допомога (наприклад, догляд за зубами, косметичні процедури);
- 3) довготерміновий догляд, включаючи витрати, пов'язані з втратою працездатності (наприклад, забезпечення інвалідкою коляскою) [655, с. 3].

Первинна медична допомога в Нідерландах надається через центри первинної медичної допомоги та послуги загальної терапії, а мережа лікарень надає вторинну допомогу та невідкладну допомогу. Пацієнти можуть відвідувати лікаря первинної медичної допомоги безкоштовно.

У Нідерландах медична допомога надається цілодобово і орієнтується на фізичні, психологічні та соціальні аспекти хвороби пацієнта. Будь-який громадянин країни може зателефонувати безпосередньо своєму лікареві, щоб записатися на прийом або з користатися консультативною годиною та поговорити з лікарем без попередньої зустрічі у випадку простих запитань. Деякі лікарі загальної практики також здійснюють домашні дзвінки, як правило, через години або протягом певного відведеного часу. До того ж, якщо лікуючий лікар відсутній, то такий лікар залишає повідомлення з номером іншого лікаря та з номером екстреної допомоги. Якщо звернення за допомогою відбувається у неробочий час, то зазвичай така особа почує записані повідомлення на автовідповідач з інформацією як зв'язатися з виїзними медичними службами. Доступний лікар варіюється в залежності від району, тому служба надає ім'я та номер лікаря, який чергує поруч, або може запросити лікаря. Крім того, в

Нідерландах уряд впроваджує е-здоров'я, простіший доступ до догляду та краще розуміння власного здоров'я. Е-здоров'я також може допомогти зберегти медичну допомогу доступною. Наприклад, інтернет-консультації з лікарем, особисте цифрове медичне середовище, місце де зберігається вся медична інформація відносно стану здоров'я особи, яка надходить від медичних працівників та із власних записів чи додатків особи [626].

Загалом лікар загальної практики відіграє вирішальну роль у наданні особистої допомоги тим, хто звертається до нього. Загальна практика має різні форми: практика соло, практика дуету, групова практика або оздоровчий центр. Пацієнти повинні отримати направлення від лікаря загальної практики перед тим, як вони звернуться до фахівця [717; 654].

Міністерство охорони здоров'я, соціального забезпечення та спорту є відомством відповідальним за суспільну охорону здоров'я в країні, що здійснює жорсткий контроль за діяльністю лікарів та лікарень [689].

Система медичного страхування у Нідерландах – це поєднання приватних медичних планів із соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта.

У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування або базове страхування й необов'язкове додаткове страхування. Нідерландська система охорони здоров'я базується на солідарності: багаті та бідні, молоді та старі, здорові та хворі мають право на однакову доступну допомогу з базового пакету. Кожен сприяє цьому за рахунок внесків та податків [758].

Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування не охоплює деяких видів лікування, таких як лікування зубів та фізіотерапія [718; 717].

Кожен, хто проживає або працює в Нідерландах, повинен отримати медичне страхування базового рівня (з додатковим покриттям або без нього) від постачальника в цій країні. Страхіві компанії отримують фінансування з фонду регулятора. Усі послуги первинної допомоги та тривалої допомоги повинні пропонуватися за фіксованою ціною. Страхіві компанії можуть доповнити необхідні пропозиції додатковими послугами. Статистичні дані свідчать, що особи в Нідерландах купують, як базове, так і додаткове страхування. Так, у 2019 році 17,2 мільйона людей уклали базове страхування, та близько 14,4 мільйона людей уклали додаткове страхування [716, с. 34].

Вся регулярна (короткочасна) медична допомога оплачується обов'язковим приватним медичним страхуванням. Додаткова допомога може покриватися медичним страхуванням, залежно від полісу або не покриватися, тоді особа змушена платити особисто [757].

Люди з меншим рівнем доходу можуть звернутися за фінансовою допомогою на основну медичну допомогу або, якщо вони хочуть додаткових послуг, але не можуть їх дозволити. Для реалізації свого права на охорону здоров'я в Нідерландах, особа має зареєструватися у своїй місцевій раді, щоб отримати номер служби обслуговування громадян (BSN), потім вибрати і зареєструватися на медичне страхування та у місцевого лікаря [715]. Крім того, якщо особа протягом чотирьох місяців не придбала базового медичного страхування, то уряд вживає всі заходи для викорінення незастрахованих осіб. Зокрема, спочатку уряд направить лист з проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Якщо особа протягом вказаного періоду знову не звертається, то на особу накладається штраф. Наприклад, сума штрафу у 2020 році становила 410,49 євро. Крім того, якщо особа не зверталася більше півроку, то буде виписано другий штраф на таку ж суму. І якщо з моменту першого листа уряду пройшло дев'ять місяців, то місцеві органи влади самі зареєструють у страховика особу і з неї буде стягуватися щомісячна премія з

заробітної плати [701, с. 4]. Варто звернути увагу і на те, що станом на початок 2019 року незастрахованих осіб в Нідерландах нараховувалося 24205 осіб, при чисельності населення – 17 474 677 мільйонів осіб [701, с. 34; 723].

Таким чином, необхідно констатувати той факт, що сьогодні у світі не існує єдиної досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу стикається з різними проблемами у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я, у забезпеченні доступу до якісного медичного обслуговування та лікування. Всі країни світу прагнуть створити стійкі національні системи охорони здоров'я, що відрізняються своєю якістю та ефективністю, розвинену систему надання послуг та фінансування охорони здоров'я. Поряд з цим, сьогодні в умовах проведення медичної реформи для України є надзвичайно важливим запозичення позитивного досвіду країн світу, де діють найкращі системи охорони здоров'я і створені належні умови для забезпечення реалізації права людини на охорону здоров'я.

Проаналізований досвід США, Австралії, Японії, Швейцарії та Нідерландів свідчить про те, що реалізація права на охорону здоров'я та функціонування систем охорони здоров'я залежить від культури суспільства та соціальної поведінки громадян конкретної країни.

Досвід досліджених країн світу демонструє важливість впровадження в державі медичного страхування (досвід США, Австралії, Японії, Швейцарії, Нідерландів), добре керованої системи державного медичного страхування, де задіяні не лише органи державної влади, а також громадянське суспільство (досвід Японії, Швейцарії), наявності ефективною системи органів державної влади, що формують і реалізують політику у сфері охорони здоров'я (досвід США), розвиток системи охорони здоров'я, яка орієнтована на пацієнтів (досвід США, Австралії, Швейцарії, Нідерландів, Японії), наявності ефективною мережі захисту прав пацієнта під час отримання послуг у сфері охорони здоров'я (досвід США); наявність дієвої системи національних стандартів захисту



конфіденційної інформації про стан здоров'я (досвід США); впровадження послуг електронного здоров'я та створення електронної медичної картки (досвід США, Австралії, Швейцарії, Японії, Нідерландів), впровадження системи отримання консультації лікаря по телефону чи інтернет-консультацій (досвід Японії, Нідерландів), наявність системи повідомлень про медичні помилки або випадки недбалості серед медичних закладів та проведення експертної перевірки (досвід Японії, США), наявність оцінки якості лікарні щодо надання послуги (досвід Японії).

Крім того, досвід США, Австралії, Японії, Швейцарії та Нідерландів демонструє те, що важливим фактором для функціонування дієвої системи охорони здоров'я є наявності достатніх ресурсів для охорони здоров'я. Якщо системи охорони здоров'я не забезпечують належного фінансового захисту, люди можуть не мати достатньо коштів для оплати медичної допомоги або задоволення інших основних потреб. Як наслідок, відсутність фінансового захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, підірвати стан здоров'я, поглибити бідність та посилити нерівність у сфері охорони здоров'я та соціально-економічного характеру. Практика функціонування систем охорони здоров'я країн світу демонструє, що більше ресурсів не призводить до кращих результатів для здоров'я, оскільки важливу роль в цьому відіграє ефективність витрат, розумне витрачання, щоб забезпечити максимальну співвідношення ціни та якості.

## **5.2. Перспективи розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я**

Визначивши у попередніх підрозділах дослідження сутність та складові забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, вважаємо за потрібне зупинитися на перспективах його удосконалення.

Так, В. Ф. Москаленко підкреслює, що забезпечення права на охорону здоров'я є пріоритетом у сфері світового розвитку, який поряд із запорукою благополуччя та добробуту окремої людини і суспільства в цілому, знайшов своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття ООН [240].

Про реальний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я може свідчити аналіз статистичних даних щодо громадського здоров'я в Україні. Так, Україна посідає перше місце за масштабами поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу в Європі. Такий стан охорони здоров'я у державі потребує уваги фахівців різних галузей науки, зокрема й правознавців. Одним з напрямів правової охорони здоров'я є адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Для визначення перспектив розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я необхідно акцентувати увагу на найбільш проблемних складових цього права [534, с. 48].

Зважаючи на багатоаспектність поняття здоров'я та розмаїття складових його забезпечення пропонується взяти за основу критерій спрямування такого розвитку – вирішення проблем реалізації індивідуального та громадського здоров'я. Також потрібно зважати на нормотворчий і правозастосовчий рівні адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. У сукупності це має сприяти комплексному розгляду всіх складових компонент досліджуваного права.

Таким чином, загальний підхід до висвітлення перспектив розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я можна уявити за схемою «спрямування – рівень – складова».

За спрямуванням на вирішення проблем індивідуального здоров'я основними складовими можна вважати: реабілітацію, екстрену медичну допомогу, санаторно-курортне лікування, трансплантацію, паліативну допомогу та евтаназію, альтернативну медицину тощо.

Головними завданнями реалізації громадського права на охорону здоров'я є: подолання розпорошеності нормативних актів у сфері охорони здоров'я шляхом їх кодифікації; переваги і недоліки адміністративно-правового забезпечення державних (регіональних) цільових програм у сфері охорони здоров'я; протидію корупції у сфері охорони здоров'я; посилення санітарно-епідеміологічного захисту населення; оптимізацію діяльності суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я; приведення процедури акредитації закладів охорони здоров'я у відповідність до світових стандартів; поліпшення порядку реімбурсації лікарських засобів; регулювання альтернативної медицини та ринку косметологічних послуг.

Розглянемо окремі зі складових за кожним із визначених рівнів/напрямоків більш детально.

*Спрямування на індивідуальне здоров'я.*

*Комплементарна (альтернативна) медицина.* Важливою умовою забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є право на вибір методів лікування. Одним із проявів такого підходу є інститут комплементарної медицини, який допоки не знайшов в Україні належної правової та організаційної підтримки. Це стосується як пацієнтів, так і осіб, хто займається альтернативними медичними практиками.

Відмітимо, що у 2002 році ВООЗ визнала, що напрямок комплементарної медицини є одним із ресурсів служби первинної медико-санітарної допомоги, яка сприяє її доступності та поліпшенню здоров'я населення [518].

Під комплементарною медициною (з англійської «додаткова медицина» - Complementary and Alternative Medicine – CAM) потрібно розуміти всі види альтернативних напрямів медицини, які застосовуються спільно з офіційно визнаними методиками [159].

Для позначення комплементарної медицини існує багато термінів. Деякі з них ґрунтуються на її протиставленні з офіційною медициною (наприклад, альтернативна та офіційна, традиційна і нетрадиційна тощо). Такий поділ властивий не всім країнам. Приміром, у США комплементарна та альтернативна медицина виступають однією зі складових охорони здоров'я, що не конкурують з офіційною медициною, а навпаки її доповнюють. У більшості країн комплементарна медицина дозволена, проте не отримує державної підтримки.

Принципова відмінність комплементарної медицини полягає у її орієнтірі на внутрішні сили організму пацієнта, які повинні активно боротися із захворюванням. Під цим розуміється концентрація, мобілізація та перерозподіл внутрішніх резервів і можливостей організму пацієнта, які не можуть бути задіяні й використані традиційними засобами лікування. В окремих зарубіжних країнах вже давно оцінили переваги комплементарної медицини, але при оперативних втручаннях більш дієвою є традиційна медична практика. Так, при виникненні симптомів апендициту людина звертається по кваліфіковану медичну допомогу до хірурга. Однак у післяопераційний період, більш ефективним може виявитися застосування методів комплементарної медицини. Також, застосування цього виду медицини є досить поширеним при лікуванні різних хронічних і невиліковних захворювань.

В Україні комплементарна медицина асоціюється з цілительством та має назву народної медицини. Вона існує паралельно з офіційною медициною,

причому це підтверджується положенням ч. 1 ст. 74-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [273], де народну медицину (цілительство) визначено, як методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації. Цим законом також передбачено можливість осіб, які не мають спеціальної медичної освіти, але зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи-підприємці та отримали спеціальний дозвіл, займатися народною медициною (цілительством).

Сьогодні МОЗ України здійснює поступовий відхід від нетрадиційних медичних практик. Виходячи з офіційної позиції, підтвердити досвід багатьох поколінь та усталеність в народних традиціях можуть лише фахівці-етнологи чи культурологи, а в штаті МОЗ таких спеціалістів немає. Крім того, будь-які методи оздоровлення, діагностики і лікування мають бути безпечними та дієвими для пацієнтів. Однак, безпеку та ефективність методів альтернативної (народної) медицини клінічними дослідженнями чи науковими експериментами не підтверджено [235].

Протилежну позицію займає ВООЗ, якою наголошено на необхідності співпраці міжнародного співтовариства, урядів, професійних організацій працівників охорони здоров'я для забезпечення належного використання народної медицини у справі зміцнення здоров'я людей. Визнаючи прогрес, досягнутий урядами багатьох країн щодо інтеграції народної медицини в національні системи охорони здоров'я, ВООЗ закликає зміцнювати зв'язки між постачальниками послуг класичної і народної медицини, створювати відповідні програми інтегральної підготовки фахівців охорони здоров'я [519].

Правове регулювання комплементарної (альтернативної) медицини в країнах Європейського Союзу значно відрізняється за підходами та обсягом. Окремі держави ЄС передбачають у національному законодавстві врегулювання комплементарної (альтернативної) медицини. До таких країн належать Бельгія,

Болгарія, Данія, Ісландія, Німеччина, Норвегія, Португалія, Румунія, Словенія Угорщина. В деяких країнах законодавством лише фрагментарно врегульовано альтернативні методики лікування. До них належать Великобританія, Італія, Литва, Латвія, Румунія та Фінляндія.

Поширеність комплементарної медицини серед населення свідчить про необхідність створення сучасного правового масиву для її врегулювання та чіткого закріплення форм таких медичних послуг. Лише за такої умови можливо оптимально поєднати контрольню-наглядову діяльність за народною медициною та спрямувати її на доповнення традиційної медичної діяльності з метою більш повного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадянами України.

*Паліативна допомога та евтаназія.* Право на життя і право на здоров'я нерозривно пов'язані між собою. На міжнародному рівні, у ст. 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод закріплено, що право на життя захищається законом та жодна людина не може бути умисно його позбавлена [163]. Національне законодавство також захищає право на життя. Зокрема, у ст. 27 Конституції України проголошено, що кожна людина має невід'ємне право на життя [168]. Право на життя гарантується також ст. 281 Цивільного кодексу України [559]. Звичайно, переважна більшість держав гарантує право на життя на законодавчому рівні. Водночас практично ніде не вказано на можливість припинення або обмеження власного або чужого життя. Однак, незважаючи на наведене, а також позицію Європейського суду з прав людини щодо неприпустимості легалізації евтаназії, протягом останніх років все більше держав замислюється про можливість легалізації евтаназії [610]. Йдеться про практику припинення медичним працівником життя людини, яка має невиліковне захворювання на задоволення її прохання в безболісній або мінімально болісній формі з метою припинити нестерпні страждання. Безумовно, підвищений інтерес до питання евтаназії можна пояснити стрімким

прогресом у розвитку технологій і медицини, запровадженням робототехніки, методик життєзабезпечення тощо [516, с. 391]. Проте проблематика легалізації евтаназії потребує ретельного вивчення. Варто зазначити, що незважаючи на ліберальне відношення окремих країн до евтаназії, більшість науковців і практиків сприймає її негативно [600]. Так, широковідомий резонансний випадок смерті 17-річної дівчини у Нідерландах, яка домогалася права на евтаназію через те, що у 14-річному віці вона стала жертвою зґвалтування і відтоді боролася з важкою депресією, анорексією, декілька разів намагалася накласти на себе руки [542]. Інший приклад стосується задоволення права на евтаназію, де відповідне рішення було прийняте для 29-річної жінки, яка страждала психічним розладом, але при цьому була абсолютно здорова фізично та піддалася евтаназії з її власного прохання [540].

У жовтні 1987 року на 39-й Всесвітній медичній асамблеї (Мадрид, Іспанія) була прийнята «Декларація про евтаназію», в якій зазначено, що умисне позбавлення життя пацієнта на його прохання або на прохання його близьких, слід вважати неетичним [80]. Офіційною позицією медичного співтовариства США, яка виражається Американською медичною асоціацією, також є неприйняття евтаназії: «вона несумісна із заборонаю використовувати знаряддя медицини для спричинення смерті пацієнту». Заборонивши своїм членам брати участь в евтаназії, Американська медична асоціація висунула при цьому гасло: «Лікарі не повинні бути катами» [234, с. 460].

Розв'язанню проблем реалізації «права на гідну смерть», що постають перед невиліковними хворими вмираючими пацієнтами та їх родинами, може слугувати паліативна допомога, яка в сучасному розумінні розглядається як комплексна система заходів медичного, соціального, духовного та психологічного характеру, спрямованих на всебічну підтримку хворого, у випадку, коли хвороба не піддається лікуванню. Тобто паліативна допомога є легальною альтернативою евтаназії та одним зі способів реалізації права

здоров'я щодо отримання адекватної медичної допомоги при будь-якому захворюванні або у будь-якому стані.

На відміну від спеціалізованого медичного втручання, орієнтованого на лікування хвороби, паліативна допомога має на меті полегшити фізичний стан хворого (подолати біль та усунути інші негативні прояви хвороби), підтримати його духовний та емоційний стан, а також сприяти покращенню умов життя хворого та його оточення.

Ще у 1989 році комітетом експертів ВООЗ у офіційній доповіді було вказано, що з розвитком сучасних методів паліативного лікування легалізація добровільної евтаназії перестає бути обов'язковою. Сьогодні, коли існує альтернатива смерті, що супроводжується біллю, потрібно зосереджувати зусилля на реалізації програм паліативного лікування, а не захоплюватися боротьбою за легалізацію евтаназії [466].

Проведені дослідження дозволяють зробити припущення щодо доцільності розвитку паліативної допомоги як альтернативи евтаназії. Паліативна медицина має реальну можливість продемонструвати ефективність заходів з мінімізації больового синдрому, корекції психологічного стану як хворого, так і членів його сім'ї. Слід також зауважити на те, що медичні технології сьогодні дозволяють активно боротися з патологічними станами, лікування яких ще 10-15 років тому вважалося проблематичним. Водночас, повністю подолати страждання паліативна медицина ще не може. Проте корекція більшості причин призводить до суттєвого зменшення відсотку позитивного ставлення до евтаназії.

Сьогодні в Україні поступово запроваджується нова за якісним змістом система паліативної допомоги. За даними МОЗ України понад 600 тисяч пацієнтів потребують комплексної допомоги різних медичних фахівців. Відповідного медичного (зокрема, психологічного) супроводу та підтримки



потребують члени їхніх родин. За орієнтовними підрахунками щороку понад 1,5 мільйони осіб потребують паліативної допомоги [279].

Для організації адміністративно-правового забезпечення відповідної складової права на охорону здоров'я МОЗ України було прийнято наказ від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Зазначений наказ прийнято відповідно до ст. 8, 33, 35-4 Основ законодавства України про охорону здоров'я, Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, пп. 8 п. 4, п. 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267, та з метою удосконалення порядку надання паліативної допомоги та організації надання паліативної допомоги дітям [448].

Варто підтримати А. В. Царенка у тому, що нова концепція системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні має бути створена з урахуванням реальних потреб населення, соціально-економічних умов країни, міжнародних рекомендацій і стандартів. Вченим запропоновано концептуальні та функціонально-організаційні моделі первинної, загальної і спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги на принципах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, мультидисциплінарного, міжвідомчого та міжсекторального підходів, інтеграції в систему охорони здоров'я, що забезпечить доступність, якість і ефективність паліативної та хоспісної допомоги населенню, безперервність і наступність її надання та зворотний зв'язок, залучення до надання паліативної та хоспісної допомоги і соціальної послуги з паліативного догляду закладів охорони здоров'я та соціального захисту, зокрема, приватної форми власності, недержавних (громадських) організацій, а також пацієнтів і членів їх родин/законних представників. Відповідна система потребує адекватної нормативно-правової бази, безперервного професійного розвитку та мотивації кадрів, відповідного фінансового забезпечення і політичної підтримки

центрального, регіональних і місцевих органів влади та участі усього суспільства [558, с. 35].

Таким чином, розвиток паліативної допомоги потрібно вважати невід'ємною складовою реалізації права на охорону здоров'я в Україні, тоді як від розмірковувань про доцільність запровадження інституту евтаназії необхідно відмовитись як у медичних, так і у юридичних колах.

*Реабілітація.* Загалом, реабілітація спрямована на запобігання інвалідності в період лікування хворого, допомогу особам з обмеженими можливостями у досягненні максимально можливої фізичної, психічної, соціальної й економічної повноцінності, яка можлива в межах того чи іншого захворювання чи наслідків травми. Реабілітаційний потенціал хворих та інвалідів унаслідок травм і хвороб у багатьох випадках є занадто високим, але використовується недостатньо, про що свідчать високі показники інвалідності. Тому медична реабілітація цього контингенту є важливою й актуальною проблемою на державному рівні [218].

Слід погодитись з І. А. Берлинець у тому, що пріоритетним завданням розбудови сучасної, проєвропейської системи реабілітації має бути створення центрів медичної реабілітації в госпіталях та медичних центрах силових міністерств і відомств, лікарнях та, неодмінно, у санаторно-курортних закладах з використанням природних лікувальних ресурсів, якими багаті земля і надра України. Мета медичної реабілітації має полягати в досягненні у визначені строки стійкого адекватного саногенетичним можливостям організму відновлення порушених патологією або травмою функцій, відновлення працездатності пацієнта, пристосування його до участі в соціальній та побутовій сфері життя з попередніми або зміненими у зв'язку із хворобою соціальними функціями, покращення якості життя [29].

Чинна сьогодні концепція розвитку медичної реабілітації виходить з теоретичної бази охорони здоров'я практично здорової людини. Згідно з даною

концепцією медична реабілітація як відновлювальна медицина орієнтується не тільки на профілактику та лікування захворювання, а й на відновлення знижених компенсаторних функцій та імунофізіологічних резервів практично здорового організму до потрібного рівня працездатності [133, с. 65]. Таким чином, питання медичної реабілітації можна вважати одним із найбільш важливих напрямків удосконалення забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Його значення додатково підкріплюється тим, що велика кількість учасників АТО/ООС потребують сьогодні належної реалізації цієї складової права на охорону здоров'я.

*Екстрена медична допомога.* Так сталося, що не всі із заявлених у медичній реформі цілей були своєчасно досягнуті. Одним з проблемних напрямків в Україні залишається надання екстреної медичної допомоги. При цьому, що екстрена медична допомога в Україні є менш ефективною порівняно з показниками розвинених систем охорони здоров'я. Шанси на те, що у разі настання нещасного випадку чи серцевого нападу життя людини буде врятоване, а негативні наслідки для здоров'я мінімізовані, залежать від строку початку надання першої допомоги та строку початку проведення критичних для виживання процедур на догоспітальному етапі, які повинні бути мінімальними, а також ефективного госпітального лікування та реабілітації. До проблем наявних у системі екстреної медичної допомоги можна віднести: 1) недосконалу організацію раннього доступу до надання першої допомоги; 2) недостатню швидкість прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події; 3) незадовільна якість надання медичної допомоги на догоспітальному етапі; 4) незадовільна якість та швидкість надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі; 5) низька спроможність системи екстреної медичної допомоги своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Додатковою проблемою є відсутність в Україні національних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з надання екстреної медичної допомоги, що базуються на доказовій медицині. Наявні галузеві стандарти є застарілими і часто суперечать доказовим міжнародним практикам. Також відсутній і механізм нагляду за дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з надання екстреної медичної допомоги медичними працівниками [445].

Автори дослідження з перспектив розвитку невідкладної допомоги в Україні наголошують на тому, що у 2019 році в Україні для ефективного проведення екстреної медичної допомоги не вистачало 3075 лікарів, 3586 молодших спеціалістів з медичною освітою та 2448 водіїв транспорту швидкої медичної допомоги. Зокрема, у м. Київ не вистачало 308 лікарів, 273 молодших спеціалістів з медичною освітою. Серед 53188 пацієнтів, що надходили у приймальне відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у 2019 році, медичними бригадами було доставлено лише 29051 (54,62 %) осіб, з яких у 39,2 % не було підстав для госпіталізації [505].

Наведена статистика свідчить про те, що реалізація права на екстрену медичну допомогу вимагає поліпшення за рахунок опрацювання зарубіжного досвіду, а також оптимізації чинної на сьогодні системи. Дуже важливим тут лишається збереження балансу між реалізацією права на охорону здоров'я та реальними підставами для госпіталізації з подальшим наданням медичної допомоги. У цілому можна констатувати необхідність приділення більшої уваги питанням індивідуального здоров'я при здійсненні адміністративно-правового забезпечення його реалізації.

*Спрямування на громадське здоров'я.*

*Протидія корупції.* Сьогодні COVID-19 продовжує створювати загрози для населення всього світу. Спалахи цієї небезпечної хвороби виявлені у 216 країнах. У той самий час корупційні прояви істотно підривають організацію

боротьби зі спалахами захворювання, погіршують реакцію систем охорони здоров'я на пандемію, позбавляють населення належного рівня медичної допомоги у період її найбільшої потреби.

У звіті Глобального індексу безпеки здоров'я за 2019 рік зверталася увага на те, що у будь-якій країні біологічні загрози (природні, навмисні чи випадкові) можуть становити ризик для глобального здоров'я, міжнародної безпеки та міжнародної економіки. Враховуючи те, що інфекційні захворювання не знають кордонів, всі країни повинні розставити пріоритети та використовувати можливості для запобігання, виявлення і швидкого реагування на такі надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я [638].

У пошуках швидкого реагування на пандемію та запровадження різних стратегій боротьби із захворюванням уряди багатьох країн світу не приділяли належної уваги антикорупційним заходам та врядуванню, не визначали і не оцінювали корупційні ризики, що створили підґрунтя для розвитку корупції [690]. Можна впевнено стверджувати, що під час пандемії COVID-19 корупція послабила щоденне функціонування системи охорони здоров'я, а зростання попиту та пропозиції у національних системах охорони здоров'я створило ідеальне підґрунтя для дій корумпованих суб'єктів, спрямованих на використання невизначеності у лікуванні COVID-19, відволікання та зрив постачання медичної продукції та лікарських засобів.

До найбільш поширених форм корупції у сфері охорони здоров'я сьогодні можна віднести такі: 1) державні закупівлі медичної продукції та лікарських засобів; 2) надання медичних послуг з лікування COVID-19; 3) фальсифікацію результатів торгів та «відкати» за перемогу у тендерах; 4) розкрадання бюджетних коштів, спрямованих на охорону здоров'я та протидію поширенню COVID-19, зокрема; 5) зловживання службовим становищем та посадою; 6) непотизм (кумівство) та фаворитизм в управлінні; 7) дрібна корупція на рівні

надання медичних послуг; 8) шахрайство та розкрадання лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Підкреслимо, що у економічній площині, сфера охорони здоров'я залишається однією з найбільших щодо надання послуг. Саме під час надання різних таких послуг виникає дрібна корупція. Під час пандемії COVID-19 дрібна корупція вийшла на новий рівень і значно збільшилась у обсягах. Це пов'язано з тим, що пацієнт, потребуючи медичної допомоги, за умов дефіциту ліжкового фонду та медичних працівників, пропонує неправомірну вигоду, або сплачує додаткові неофіційні платежі з метою отримання доступу до необхідного йому лікування. Наприклад, у Норвегії та США деякі лікарі виписували рецепти медичних засобів, які можуть сприяти у лікуванні COVID-19, для своїх родин і друзів, порушуючи тим самим діючі рекомендації та настанови [664; 721].

Прикладами масштабної корупції під час пандемії COVID-19 можна вважати дії органів управління системою охорони здоров'я, посадових осіб органів державної влади, які витрачають наявні ресурси на власні потреби або перенаправляють такі ресурси відповідно до власних інтересів. Так, Управління з контролю і протидії корупції Саудівської Аравії у квітні 2020 року порушило справу про корупцію, пов'язану з COVID-19, за участі двох старших співробітників Головного управління охорони здоров'я в регіоні Ер-Ріяд, власника готелю та шести інших осіб. Фігурантів справи звинувачують у завищенні вартості орендованого житла для громадян, які повернулися в країну та потребували обсервації [736].

Корупція, як і пандемія COVID-19, не має кордонів і меж – жодна країна не захищена від її проявів. Серед головних причин корупції у сфері охорони здоров'я можна назвати: слабкі або умовно існуючі правила та положення, надмірне регулювання, відсутність підзвітності, низькі зарплати та обмежена пропозиція послуг (попит перевищує пропозицію) [633, с. 11]. Протидія

корупції є невинним процесом, що потребує постійного удосконалення, пошуку нових способів та засобів, впровадження всеосяжного і комплексного підходу для ефективних дій щодо боротьби з цим негативним явищем. Протидія корупції може зменшити ризики її проявів у сфері охорони здоров'я, а в умовах сьогодні це є одним із пріоритетних напрямів та має сприяти покращенню реалізації права на охорону здоров'я.

Для успішної організації протидії корупції у сфері охорони здоров'я не існує єдиного алгоритму. Тут необхідно враховувати і поєднувати різні заходи: чітку антикорупційну політику (Державну антикорупційну стратегію), яка спрямована на попередження корупції та усунення генеруючих корупцію чинників у системі охорони здоров'я (управлінська та фінансова сфери), наявність дієвого законодавства та правозастосування, наявність заходів щодо попередження та раннього виявлення корупційних ризиків. За умов триваючої пандемії COVID-19 уряди мають забезпечити справедливий розподіл коштів з особливим акцентом на прозорість державних витрат щодо рівного доступу до медичної та фармацевтичної допомоги. Цього можливо досягнути шляхом забезпечення широкого доступу до інформації, зробивши відкритими дані у сфері охорони здоров'я (як цього вимагає Закон України «Про доступ до публічної інформації» [361]), включаючи відомості про стан громадського здоров'я та фінансові витрати на його забезпечення. Крім того, створення механізмів звітування, громадських обговорень, повідомлення про корупційні випадки у медицині, доступ громадськості до інформації в режимі реального часу мають бути ключовими факторами для запобігання кризи у системі охорони здоров'я та пом'якшення наслідків пандемії COVID-19.

*Акредитація і ліцензування.* Чинна система акредитації закладів охорони здоров'я в Україні не забезпечує проведення зовнішнього оцінювання якості медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів. Це впливає на стан реалізації права кожного на охорону здоров'я в Україні, адже якість та безпека

медичних послуг безпосередньо пов'язані із можливістю позитивного впливу на стан здоров'я.

До 80-х років XX століття термін «акредитація» у сфері охорони здоров'я означав добровільну діяльність, яка дозволяла всім установам охороноздоровчої системи, особливо лікувально-профілактичним закладам, співвідносити власні організаційні процеси та процедури з прийнятими стандартами. Наголос часто робився на безпеці медичних процедур, а задача акредитації вбачалася у забезпеченні відповідного середовища для всебічного підвищення клінічної ефективності [465]. Ситуація з акредитацією почала поступово змінюватися із здобуттям Україною незалежності, коли відкрилося більше можливостей для впровадження ініціатив у медичній сфері.

Відповідно до ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України [273]. Так, згідно з п. 1 Порядку акредитації закладу охорони здоров'я акредитацію визначено як офіційне визнання наявності в закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам [391]. Отже, наявність акредитації є підтвердженням дотримання стандарту якості послуг і рівня забезпечення закладу охорони здоров'я, які одержують державні кошти за контрактом з Національною службою здоров'я України, а також від страхових компаній (фондів).

Акредитації підлягають незалежно від форми власності всі заклади охорони здоров'я. Окремими наказами МОЗ України затверджено критерії (стандарти) державної акредитації для різних типів закладів охорони здоров'я, а саме: 1) лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я; 2) санаторно-



курортних закладів охорони здоров'я; 3) закладів служби крові; 4) центрів здоров'я. Акредитація закладу проводиться після отримання ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензії на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, гуртової й роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, крім активних фармацевтичних інгредієнтів [391]. Як слушно зазначає С. П. Бутенко, метою акредитації є офіційне визнання факту наявності в закладі можливостей для надання медично-профілактичної допомоги певного типу. Акредитація медичних закладів, на його думку, дає змогу встановити відповідність їхньої діяльності встановленим стандартам, нормам і регламентам [45, с. 2].

Підсумовуючи варто зазначити, що чинна сьогодні система акредитації закладів охорони здоров'я в Україні не забезпечує проведення зовнішнього оцінювання якості медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів. Водночас, поступовий розвиток закладів охорони здоров'я, їхня еволюційна адаптація до сучасних вимог і стандартів не викликає сумнівів. Насамперед, це стосується медичного туризму, який починає активно розвиватися в Україні. Тому, необхідним сьогодні має стати проходження акредитації за міжнародними стандартами такими, як стандарт Joint Commission International – JCI, що має передбачати зміну принципів фінансування установи відповідно до кваліфікаційної категорії та, що дозволить оптимізувати бюджетні видатки на сферу охорони здоров'я [533, с. 108].

Що стосується ліцензування, то законодавець відносить медичну діяльність до переліку видів господарської діяльності, що підлягають отримання відповідного дозволу – ліцензії. Загалом, порядок отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики регламентовано Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності», у ч. 6 ст. 1 якого закріплено поняття ліцензування [413].

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 та встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. Господарська діяльність з медичної практики відповідно до цієї Постанови визначається як вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії [378]. При цьому господарська діяльність з медичної практики може здійснюватися закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями.

Відповідно до ст. 20 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» посадова особа суб'єкта господарювання, що здійснює таку діяльність без ліцензії чи з порушенням умов ліцензування, несе адміністративну відповідальність, передбачену ст. 164 Кодексу України про адміністративні правопорушення, у вигляді накладення штрафу від 1 тисячі до 2-х тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією матеріальних цінностей чи грошей, одержаних внаслідок вчинення цього адміністративного правопорушення, чи без такої. У разі повторності такого правопорушення протягом року чи отримання доходу в результаті такої діяльності у великих розмірах – штраф від 34 000 грн. до 85 000 грн. з конфіскацією [153]. Для порівняння законодавством США передбачено відповідальність за здійснення господарської діяльності без ліцензії або ж за таку діяльність у зв'язку із закінченням строку дії ліцензії. Приміром у штаті Огайо встановлено покарання у вигляді штрафу за заняття косметологічною

діяльністю без ліцензії, де перше правопорушення карається штрафом у 200 доларів; друге – 250 доларів, а третє – вже 500 доларів [705]. Звичайно, сума штрафу видається більшою, ніж в Україні, проте зважати потрібно і на середній рівень доходів.

Загалом можна вести мову про те, що удосконалення процедур акредитації та ліцензування має сприяти наближенню вітчизняної медицини до світових стандартів, а отже і забезпечити реалізацію права на охорону здоров'я на більш високому рівні.

*Посилення санітарно-епідеміологічного захисту.* Система охорони здоров'я України сьогодні перебуває під впливом об'єктивних і суб'єктивних чинників, в тому числі і негативних, що призводять до ускладнень та негативно впливають на будь-які спроби організаційного чи управлінського реформування галузі. Про наявність проблем може свідчити те, що продовжує спостерігатися тенденція до зниження кількісного складу лікарів, особливо фахівців з вузьких медичних спеціальностей [249, с. 98].

Системи громадського здоров'я та клінічні лабораторії у всьому світі постійно піддаються виклику вірусів, що виникають не лише внаслідок природних спалахів, а й через прояви біотероризму [702].

Служби охорони здоров'я в усьому світі стикаються з безпрецедентним навантаженням у зв'язку зі стримуванням пандемії COVID-19. За даними ВООЗ станом на 08 червня 2020 року у світі було зафіксовано 6 931 000 підтверджених випадків захворювання на COVID-19, з яких 400 857 летальних випадків у 216 країнах світу [755]. Звичайно, втрата життя через будь-яку пандемію завдає суспільству непоправної шкоди. Окрім цього, пандемічні спалахи погіршують економічні показники у державах, а отже і нормальне фінансування охорони здоров'я починає бути під загрозою. Так, через видатки на стримання поширення COVID-19 було сильно демобілізовано світову економіку. За даними Світової організації торгівлі (СОТ) та Організації економічного

співробітництва та розвитку (ОЕСР) світова торгівля товарами скоротиться на 13–32 % у 2020 році через пандемію COVID-19, яку визнано найбільшою загрозою для світової економіки після надзвичайної фінансової ситуації 2008–2009 років [631]. Як наслідок, відбувається дестабілізація виконання програм у сфері охорони здоров'я та знижується рівень забезпечення права на охорону здоров'я у цілому.

Як зазначає С. Протас в Україні досі немає епідемічного фонду, тому що в державному бюджеті на 2020 рік розмір епідемічного фонду було закладено на рівні 160 тисяч гривень, при тому, що щорічні потреби сягають цифр у 100 мільйонів гривень. Такі вагомні видатки необхідні для того, щоб оперативно реагувати на виклики, що виникають сьогодні, оперативно закуповувати сироватки, вакцини. На фоні таких ризиків, значною мірою спричинених пандемією COVID-19, МОЗ України публікує проект рішення уряду про децентралізацію функцій епідеміологічного нагляду, а фактично це є дезінтеграцією цієї функції. Внаслідок реалізації такого рішення кількість працівників, лікарів з профілактики, лікарів-епідеміологів заплановано зменшити з 15 тисяч до 1,5 тисячі осіб. Крім того, пропонується передати питання епідемічного нагляду та розслідувань до ланки первинної медичної допомоги (сімейної медицини), яка і так є найбільше навантаженою [548].

Цю ж думку поділяє В. Жданов, який наголошує, що ліквідація централізованого епідеміологічного нагляду при виникненні інфекційних захворювань призведе до неможливості у стислий строк провести заходи щодо ліквідації спалаху. Сьогодні, відповідно до діючих законодавчих актів на центри первинної медико-санітарної допомоги покладено функції з первинного епідеміологічного розслідування спалахів інфекційних захворювань. Лікар первинної медико-санітарної допомоги або сімейний лікар на сьогодні має виконати завдання епідеміологічного нагляду чи профілактики інфекційних хвороб на додачу до основних своїх обов'язків, що на практиці має певні

складнощі. Ліквідацію лабораторних центрів не можна вважати правильним управлінським рішенням, адже сьогодні система охорони здоров'я здатна забезпечити епідеміологічний нагляд на рівні, якого вимагає сучасність [105].

*Програми у сфері охорони здоров'я.* Сьогодні, головним нормативним джерелом врегулювання відносин у сфері цільових програм слід вважати Закон України «Про державні цільові програми». Відповідно до ст. 2 вказаного Закону державні цільові програми розробляються за сукупності таких умов: а) існування проблеми, розв'язання якої неможливе засобами територіального чи галузевого управління та потребує державної підтримки, координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування; б) відповідність мети програми пріоритетним напрямкам державної політики; в) необхідність забезпечення міжгалузевих і міжрегіональних зв'язків технологічно пов'язаних галузей та виробництв; г) наявність реальної можливості ресурсного забезпечення виконання програми [355].

Аналіз прийнятих в Україні стратегічних актів у сфері охорони здоров'я свідчить про певну пріоритетність у медичній галузі окремих напрямків. Приміром, Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу орієнтована на вдосконалення системи ефективного виявлення ВІЛ-інфекції. Першочерговими заходами для цього відповідно до програми є розширення мережі закладів для тестування інфекції, сплановано також періодичне тестування серед груп ризику та повинно активно пропагуватися самотестування даного захворювання. Водночас, даною стратегією гарантується повне задоволення потреб в антиретровірусній терапії. Що стосується захворювань на гепатити «В» і «С», то з метою скорочення випадків інфікування ними стратегією передбачено посилення системи епіднагляду й моніторингу даних захворювань.

Також Стратегією розвитку імунопрофілактики має реалізуватися комунікаційна програма, що спрямована на медичних працівників і населення,

та інформаційна кампанія щодо важливості вакцинації. Стратегія забезпечення біобезпеки та біозахисту орієнтована на надання швидкої допомоги шляхом створення і функціонування сучасних спеціалізованих мобільних формувань в умовах різних можливих біологічних небезпек. У рамках вказаної стратегії заплановано переоснащення лабораторій мікробіологічного профілю відповідно до вимог міжнародних стандартів, які працюють з особливо небезпечними патогенами, що є особливо актуальним, наразі, в період світової епідемічної небезпеки [252, с. 133].

Звичайно, наявність програм у сфері охорони здоров'я слід сприймати позитивно. З іншого боку, реалізація стратегічних документів часто не вирізняється комплексністю. Реалізація медичних програм потребує не лише належним чином розроблених нормативно-правових актів, а й достатнього фінансування та організаційних важелів для управління такими процесами.

Підсумовуючи, потрібно наголосити на тому, що розвиток адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я має відбуватися на нормотворчому та правозастосовному рівнях. Важливою проблемою залишається унормування права на охорону здоров'я на рівні міжнародних стандартів прав людини. Застосування комплексного підходу до визначення перспектив удосконалення реалізації права на охорону здоров'я має заповнити всі законодавчі прогалини та управлінські прорахунки. Відповідно з викладеним підходом уваги потребує вирішення питань як індивідуального, так і громадського здоров'я у рівній мірі. Саме це мають забезпечити суб'єкти владних повноважень у сфері охорони здоров'я для кожної особи в Україні.

## **Висновки до розділу 5**

Дослідження напрямів удосконалення адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я дають підстави для формулювання таких висновків:

1. У цьому підрозділі досліджено міжнародно-правові акти, що регулюють реалізацію права на охорону здоров'я, а також світові рейтинги, які дали можливість виділити п'ять країн світу (США, Австралію, Японію, Швейцарію, Нідерланди), правове забезпечення охорони здоров'я яких призвело до функціонування якісної та ефективної системи, де поважають право на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я, а до кожної проблеми під час реалізації цього права підходять комплексно, де існують розвинені системи надання послуг і фінансування охорони здоров'я.

Зазначено, що реалізація права на охорону здоров'я у США, Австралії, Японії, Швейцарії, Нідерландах безпосередньо залежить від національної політики в галузі охорони здоров'я, правового забезпечення, культури суспільства та соціальної поведінки громадян конкретної країни.

Досвід США, Австралії, Японії, Швейцарії та Нідерландів доводить, що важливим фактором для функціонування дієвої системи охорони здоров'я є наявність достатніх ресурсів, що виділяються для функціонування системи охорони здоров'я. При цьому відсутність фінансового захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, погіршити стан здоров'я, поглибити соціально-економічну нерівність загалом та у сфері охорони здоров'я зокрема. Водночас збільшення ресурсів автоматично не призводить до підвищення рівня здоров'я населення, оскільки важливу роль у цьому процесі відіграють ефективне розподілення витрат, розумне витрачання виділених коштів, забезпечення максимального співвідношення ціни та якості медичних послуг.

2. Визначено перспективи розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я шляхом їх поділу за критерієм спрямування на вирішення проблем реалізації індивідуального та громадського здоров'я.

Встановлено, що розвиток адміністративно-правового забезпечення реалізації індивідуального права на охорону здоров'я має відбуватися на нормотворчому та правозастосовному рівнях. Звернено увагу на такі складові права на охорону здоров'я, як реабілітація, екстрена медична допомога, санаторно-курортне лікування, трансплантація тощо. Крім того, наголошено на гармонізації діяльності національних судів із практикою Європейського суду з прав людини стосовно захисту медичних прав людини.

Щодо реалізації громадського права на охорону здоров'я розкрито переваги і недоліки адміністративно-правового забезпечення державних (регіональних) цільових програм у сфері охорони здоров'я. Наголошено на необхідності вдосконалення правової основи протидії корупції у сфері охорони здоров'я, посилення санітарно-епідеміологічного захисту населення, оптимізації діяльності суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я, поліпшення порядку реімбурсації лікарських засобів, регулювання альтернативної медицини та косметологічних послуг.



## ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено узагальнення теоретико-правових уявлень і розроблено авторську парадигму адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, окреслено перспективи та напрями його вдосконалення. За результатами проведеного дослідження сформульовано такі висновки.

1. Встановлено, що методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я є системою філософських, загальнонаукових, конкретно-спеціальних методів, за допомогою яких відбувається процес пізнання адміністративного забезпечення права на охорону здоров'я в державі. Філософські методи пізнання застосовуються для виявлення базових категорій під час дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, зокрема це цінність здоров'я, співвідношення його поняття із суспільними, державними інтересами. Загальнонаукові методи використовуються для визначення категоріального апарату, його елементів. Конкретно-спеціальні методи дають можливість повністю та всебічно дослідити адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я і запропонувати напрями подальшого розвитку наукових положень і вдосконалення законодавства.

2. Аргументовано, що реалізація права на охорону здоров'я є процесом перетворення юридично можливої поведінки, закріпленої в нормі права, у фактичну дію суб'єкта щодо збереження фізіологічного, психологічного здоров'я, працездатності, соціальної активності, тривалості життя.

Проаналізовано генезис адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я (за часів незалежності української держави): 1) 1991–1993 рр. – виявлення потреби незалежного адміністративно-правового

забезпечення реалізації права на охорону здоров'я; 2) 1993–1997 рр. – уведення елементів ринкової економіки у сферу охорони здоров'я; 3) 1997–2004 рр. – розвиток доступності всього населення держави до системи охорони здоров'я; 4) 2004–2014 рр. – становлення адміністративно-правового забезпечення нових методів і способів лікування; 5) 2014–2019 рр. – реалізація медичної реформи; 6) з 2019 р. і дотепер – виникнення нових форм адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, обумовлених політикою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19.

3. Під принципами адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти вихідні положення, засади і стандарти, на підставі та відповідно до яких має здійснюватися забезпечення реалізації права на охорону здоров'я уповноваженими на те суб'єктами.

До принципів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я віднесено: 1) визнання здоров'я людини найвищою соціальною цінністю; 2) законність; 3) недопущення дискримінації в реалізації права; 4) повнота і всебічність доступу до медичної допомоги; 5) підзвітність; 6) комплексність; 7) економічна ефективність; 8) дотримання етичних норм і стандартів; 9) якість й ефективність медичної допомоги; 10) пріоритетність збереження здоров'я (профілактична спрямованість).

Під функціями адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти обумовлені характером і змістом права на охорону здоров'я відокремлені складові (напрями) адміністративно-правового забезпечення його реалізації. Такими функціями визначено: нормативно-регулюючу, що проявляється в урегулюванні поведінки суб'єктів суспільних відносин у сфері охорони здоров'я; ідеологічно-виховну, яка стосується формування громадської свідомості щодо ціннісних орієнтирів у сфері охорони здоров'я та уявлень про реалізацію цього права; інформаційно-комунікаційну,

спрямовану на обмін інформацією між суб'єктами щодо забезпечення права на охорону здоров'я; превентивну, змістом якої є визнання пріоритету превентивних (профілактичних) заходів у реалізації права на охорону здоров'я; охоронну, що полягає в забезпеченні охорони здоров'я засобами адміністративно-правового примусу.

4. Наголошено, що реалізація права на охорону здоров'я забезпечується не лише наявністю конституційної основи у вигляді відповідної(них) норми (норм), а й комплексом нормативно-правових актів адміністративно-правового характеру, які забезпечують дію проголошених у Конституції України положень. Без останніх неможливе існування дієвого механізму правового регулювання не лише в контексті досліджуваного права, передбаченого ст. 49 Конституції України, а й взагалі в контексті реалізації прав людини.

До конституційних засад реалізації права на охорону здоров'я віднесено:

- а) визнання права на охорону здоров'я як однієї з найвищих соціальних цінностей;
- б) можливість захисту права на охорону здоров'я від протиправних посягань;
- в) недопущення катування, жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання;
- г) обов'язок держави щодо забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи та збереження генофонду Українського народу;
- г) скорочений робочий день для окремих професій і виробництв, а також скорочена тривалість роботи в нічний час;
- д) медичну реабілітацію як складову соціального захисту;
- е) безпечне для здоров'я довкілля та відшкодування завданої шкоди в разі порушення цього права;
- є) право на охорону здоров'я безпосередньо;
- ж) право на медичну допомогу;
- з) право на медичне страхування.

5. Модель забезпечення реалізації права на охорону здоров'я визначено як типову конструкцію, структура і зміст якої формують національну систему охорони здоров'я з метою застосування організаційно-правових механізмів для

всєбічної реалізації права на охорону здоров'я як індивідуальної та суспільної цінності. Наведено переваги і недоліки існуючих моделей, а також критерії для їх визначення і типологізації.

До моделей забезпечення реалізації права на охорону здоров'я залежно від ступеня забезпечення реалізації цього права запропоновано віднести: 1) базову модель, що гарантує лише мінімальні стандарти забезпечення права на охорону здоров'я; 2) опціональну модель, яка характеризується забезпеченням реалізації окремих складових права на охорону здоров'я; 3) абсолютну модель, що охоплює всі складові права на охорону здоров'я відповідно до сучасних уявлень про його зміст.

6. Під напрямками забезпечення реалізації права на охорону здоров'я запропоновано розуміти лінії діяльності, спрямованості розвитку та керівні течії, відповідно до яких за допомогою адміністративно-правових засобів має забезпечуватися реалізація права на охорону здоров'я як складноутвореної категорії.

Наголошено на наявності у вітчизняному законодавстві певного дисонансу між змістом права на охорону здоров'я, гарантованого Конституцією України, та засобами реалізації цього права, закріпленими адміністративно-правовими нормами. Підкреслено, що адміністративно-правові засоби забезпечення права на охорону здоров'я в Україні переважно направлені на гарантування рівного доступу до медичної допомоги на всіх її рівнях (програми медичних гарантій). Водночас окремі складові права на охорону здоров'я і досі не забезпечені належним правовим підґрунтям, яке мало б створити основу для реалізації відповідних компонентів.

Підкреслено, що сучасне розуміння права на охорону здоров'я визначає його як комплексну категорію (фізична, психічна та соціальна складові). При цьому акцент у медичній реформі зроблено на охороні фізичного здоров'я людини, тоді як інші складові досліджуваного права недостатньо забезпечені

адміністративно-правовими засобами. Особливостями таких засобів запропоновано вважати їх превентивний характер, адже пріоритет полягає в запобіганні та своєчасному виявленні захворювань, а не в довготривалому чи навіть примусовому лікуванні. За рівнями медичної допомоги найбільш пріоритетною залишається первинна ланка медичної допомоги.

7. Здійснено аналіз основних функцій Верховної Ради України (законодавчої, установчої, парламентського контролю, представницької) щодо забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, в результаті чого зроблено висновок про необхідність розробки чіткого механізму виконання приписів суб'єктів парламентського контролю державними органами, яким вони адресуються, а в разі виявлення невідповідності діяльності державних органів нормам законодавства – про вирішення питань щодо їх відповідальності. Доведено, що: контрольні повноваження комітетів повинні бути похідними від контрольних повноважень Верховної Ради України та покликані сприяти парламенту України в реалізації цих повноважень; контрольні повноваження комітетів Верховної Ради України не можуть бути ширшими за контрольні повноваження Верховної Ради України та повинні виходити за їх межі; комітети Верховної Ради України не є самостійними суб'єктами здійснення парламентського контролю.

Наголошено, що взаємодія Верховної Ради України із Президентом України відбувається завдяки: 1) законотворчості; 2) формуванню органів управління у сфері охорони здоров'я; 3) достроковому припиненню повноважень Верховної Ради України чи Президента України; 4) комплексній реалізації контрольних повноважень; 5) уведенню надзвичайного стану, підставою чого може бути загроза здоров'ю населення, тощо.

Обґрунтовано необхідність заснування інституту Омбудсмена з охорони здоров'я. Запропоновано вважати, що Омбудсмен з охорони здоров'я є посадовою особою, на яку Кабінетом Міністрів України покладається

виконання завдань із захисту прав у сфері охорони здоров'я. Основними завданнями Омбудсмена з охорони здоров'я повинні бути: сприяння реалізації державної політики, спрямованої на забезпечення права людини на отримання якісної медичної допомоги; здійснення заходів щодо додержання законодавства у сфері охорони здоров'я; забезпечення дотримання державних програм медичних гарантій; контроль якості надання населенню України необхідних медичних послуг і лікарських засобів; сприяння виконанню Україною міжнародних зобов'язань щодо дотримання прав людини на охорону здоров'я.

8. З'ясовано, що у сфері охорони здоров'я Президент України здебільшого бере участь у формуванні державної політики через законотворення, а також здійснює контролюючі та координуючі функції з метою впливу на стан функціонування органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Кабінет Міністрів України спрямовує та координує роботу органів виконавчої влади, зокрема у сфері охорони здоров'я, слідкує за виконанням законів України й інших нормативно-правових актів, що є обов'язковими для виконання, контролює дотримання в процесі реалізації прав і свобод людини та громадянина, здійснює фінансово-ресурсне забезпечення галузі. На основі аналізу діяльності органів виконавчої влади змішаної компетенції виявлено недоліки взаємодії уряду з парламентом, відсутність спільного бачення вирішення проблем і компромісів, що негативно впливає на результативність роботи органів публічного управління загалом.

Здійснено систематизацію повноважень МОЗ України та їх класифікацію за різними характеристиками: 1) залежно від сфери реалізації повноважень: у сфері охорони здоров'я; у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення; у сфері впровадження електронної системи охорони здоров'я тощо; 2) залежно від функцій, на реалізацію яких спрямовуються повноваження: правотворчі; установчі; контролюючі; прогнозуючі;

координуючі; профілактичні; 3) залежно від змісту: забезпечення якісного рівня медичної допомоги; міжнародна політика; інформаційно-аналітичне забезпечення; кадрові питання; 4) залежно від взаємодії з іншими суб'єктами медичної галузі: із закладами охорони здоров'я; з органами державної влади; з іншими центральними органами виконавчої влади; з громадськістю.

Визначено правовий статус та окреслено обсяг повноважень у сфері охорони здоров'я інших виконавчих органів, зокрема таких, як Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Національна служба здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади (медичні заклади, забезпечення охорони здоров'я для яких не є основним видом діяльності). Зроблено висновок про необхідність діяльності відомчих медичних закладів в єдиному медичному просторі, синхронізації з іншим правовим регулюванням медичної галузі та спрямованості в руслі загальнодержавної політики у сфері охорони здоров'я.

9. Наголошено на особливій природі функцій місцевого самоврядування, які характеризуються автономним режимом і пов'язані з реалізацією народовладдя, але не можуть повністю відмежовуватися від функцій державних органів у сфері охорони здоров'я. Основною характеристикою спрямування діяльності органів місцевого самоврядування є можливість самостійного вирішення питань медичної галузі місцевого значення в межах наданих законодавством повноважень. Наголошено, що обсяг повноважень у сфері охорони здоров'я, що покладаються на органи місцевого самоврядування, є різним і залежить від території, кількості населення та мережі медичних закладів, розміщених на певній території. Аргументовано доцільність зосередження повноважень, пов'язаних з епідеміологічною ситуацією в країні, на державному, а не місцевому рівні, оскільки вони надзвичайно важливі, потребують швидкого реагування та миттєвих дієвих заходів, а тому варто зберегти державне бюджетне фінансування за вказаним напрямом.

10. На основі аналізу предметної діяльності Конституційного Суду України зроблено висновок, що у сфері охорони здоров'я загалом забезпечено баланс законності та консолідованості інтересів учасників медичних правовідносин. При цьому судова практика та правові позиції Конституційного Суду виступають орієнтиром для судів та інших органів державної влади, діяльність яких пов'язана із забезпеченням охорони та захисту конституційних прав, зокрема права на охорону здоров'я громадян. Доведено наявність обмеженої компетенції Конституційного Суду України у цій сфері, адже він має право лише тлумачити положення і норми Конституції України та перевіряти на конституційність нормативно-правові акти. Конституційний Суд не розглядає та не встановлює відповідність законам України інших нормативно-правових актів і, відповідно, не виходить за межі окреслених повноважень.

Суди та прокуратура вирішують широке коло завдань, пов'язаних із забезпеченням права на охорону здоров'я. Наголошено на потребі збалансованості підходів і взаємоузгоджених дій цих суб'єктів з метою належного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та застосування заходів впливу на порушників медичних прав. Обґрунтовано доцільність узагальнення судової практики з медичних справ для застосування однакового підходу щодо бачення особливостей розгляду судами справ у сфері охорони.

Євроінтеграційний напрямок розвитку України потребує впровадження та застосування європейських цінностей у різних сферах життєдіяльності людини. Правові приписи національного процесуального законодавства вказують на обов'язковість застосування практики Європейського суду з прав людини національними судами. Обґрунтовано ефективність захисту права на охорону здоров'я Європейським судом з прав людини, що здійснюється опосередковано, через інші права і свободи (право на життя, право на свободу та особисту недоторканість, заборона катувань тощо), що гарантуються Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод.



11. Визначено форми участі громадськості у сфері охорони здоров'я взагалі та забезпечення реалізації права на охорону здоров'я зокрема. До них віднесено: громадські слухання, інформування, громадський контроль, проведення громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади.

Проаналізовано функції наглядової, спостережної та опікунської рад. Встановлено, що законодавцем не закріплено вимоги та критерії до створення наглядової ради, проте до її функцій віднесено управління і контроль за діяльністю медичного закладу. До функцій спостережної ради віднесено захисну, інтегративну, комунікативну. Доведено, що опікунська рада виконує консультативні, наглядові та представницькі функції.

Обґрунтовано доцільність створення незалежної від МОЗ України Національної інспекції з акредитації та оцінки охорони здоров'я як органу громадського контролю.

12. Основною метою акредитації визначено стимулювання медичних установ до поліпшення якісних показників. Звернено увагу на необхідність оцінки роботи установ, їх підтримки, подальшого вдосконалення їх сильних сторін для більш ефективного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Обґрунтовано доцільність передбачення кінцевого якісного результату під час проведення процедури акредитації закладу охорони здоров'я, що може виявлятися в досягненні конкретним лікувально-профілактичним закладом визначеного рівня надання медичної допомоги.

Наголошено на більш широкому залученні представників фахової медичної спільноти до проведення атестації медичних працівників. Запропоновано й обґрунтовано створення самоврядної організації медичних працівників шляхом об'єднання існуючих утворень з метою уніфікації захисту прав медичних працівників.

13. Проаналізовано міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я: Люблінську хартію з реформування охорони здоров'я, Конвенцію про права

людини та біомедицину, Лісабонську декларацію стосовно прав пацієнта, Міжнародні медико-санітарні правила тощо. Визначено основні вимоги і стандарти, закріплені в міжнародних актах: рівний доступ до медичної допомоги, яка повинна надаватися відповідно до професійних вимог і стандартів; повага до людської гідності; забезпечення права пацієнтів на недоторканість приватного життя, а також їх культурних і моральних цінностей під час надання медичної допомоги; забезпечення права на приватність і конфіденційність; забезпечення права на кваліфіковану медичну допомогу; інформована згода на будь-яке медичне втручання.

Доведено, що в умовах реформування національної системи охорони здоров'я мають місце численні випадки недотримання та порушення права людини на охорону здоров'я, визначеного на рівні міжнародних стандартів, вимог і правил.

14. Запропоновано авторське визначення поняття «форма адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» як зовнішньо виражених однорідних дій органів державної влади, їх відокремлених і структурних підрозділів, посадових осіб, які реалізуються на основі нормативно-правових актів, у межах визначеної компетенції з метою забезпечення реалізації права на охорону здоров'я і тягнуть за собою певні наслідки.

Здійснено класифікацію актів управління у сфері охорони здоров'я: 1) за видами: акти управління у сфері охорони здоров'я, які поділяються на нормативні й індивідуальні; 2) видані Кабінетом Міністрів України, МОЗ України, іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади; 3) за назвою та видовою належністю: постанови, накази та розпорядження; 4) за змістом: інструкції, переліки, критерії, процедури, нормативи, регламенти, положення.

Сформульовано авторську дефініцію поняття «метод адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я», під яким розуміється регламентована нормами законодавства система засобів і способів, що застосовують уповноважені органи у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та утвердження режиму законності в діяльності органів і посадових осіб – суб'єктів медичних правовідносин.

Виокремлено специфічні ознаки методів адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: 1) визначені в актах адміністративного законодавства та галузевих наказах МОЗ України; 2) застосовуються в установленому законодавством порядку та залежно від визначених підстав; 3) метою застосування є встановлення режиму законності в діяльності органів і посадових осіб, уповноважених здійснювати провадження у справах про адміністративні правопорушення, та інших управлінських органів, які, хоча й не уповноважені розглядати справи про адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я, однак можуть брати участь у їх розгляді; 4) один управлінській метод у сфері охорони здоров'я може включати в себе кілька правових і організаційних засобів.

15. Обґрунтовано необхідність посилення ролі інституту адміністративної відповідальності в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я. Доведено доцільність унесення змін до ст. 46-2 КУпАП, доповнивши її ознаками найбільш поширених порушень у сфері народної медицини, що, з одного боку, дозволить спростити процес кваліфікації, а з іншого, сприятиме оперативності й ефективності розгляду відповідних справ. Запропоновано доповнити названу статтю повним описом складів відповідних проступків, розкрити зміст протиправних дій, вину, з якою вони вчинюються, а також посилити адміністративну відповідальність осіб, у яких відсутній спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством).

Наголошено на необхідності внесення змін до ст. 255 КУпАП «Особи, які мають право складати протоколи про адміністративні правопорушення». Запропоновано абз. 1 п. 1 ч. 1 ст. 255 «органів внутрішніх справ (Національної поліції)» доповнити словами «статті 42-4» і далі по тексту, а абз. 3 п. 1 ст. 255 викласти в такій редакції: «... органів охорони здоров'я (статті 42, 42-1, 42-2, 44-2, 44-3, 45, 46, 46-2, 188-22, стаття 183 – щодо завідомо неправдивого виклику швидкої медичної допомоги). Також запропоновано абз. 14 п. 1 ч. 1 ст. 255 «органів державної санітарно-епідеміологічної служби (статті 42-1, 42-2, 44-3, 188-22)» видалити.

16. Проаналізовано зарубіжний досвід забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, що дозволило сформувавши напрями вдосконалення національного законодавства у цій сфері, та запропоновано імплементувати норми медичного законодавства США, Австралії, Японії, Швейцарії, Нідерландів, придатні до впровадження в Україні.

Обґрунтовано доцільність запозичення і впровадження в Україні: позитивного досвіду функціонування системи загальнообов'язкового медичного страхування (США, Австралія, Японія, Швейцарія, Нідерланди); добре керованої системи державного медичного страхування, де задіяні не лише органи державної влади, а й громадянське суспільство (Японія, Швейцарія); ефективної системи органів державної влади, що формують і реалізують політику у сфері охорони здоров'я (США); системи охорони здоров'я, яка орієнтована на пацієнтів (США, Австралія, Швейцарія, Нідерланди, Японія); ефективної мережі захисту прав пацієнта під час отримання послуг у сфері охорони здоров'я (США); дієвої системи національних стандартів захисту конфіденційної інформації про стан здоров'я (США); послуг електронного здоров'я та електронної медичної картки (США, Австралія, Швейцарія, Японія, Нідерланди); системи отримання консультації лікаря по телефону або через інтернет (Японія, Нідерланди); системи повідомлень про медичні помилки або

випадки недбалості серед медичних закладів та експертної перевірки (Японія, США), оцінки якості лікарні щодо надання медичних послуг (Японії).

17. Визначено перспективи розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Запропоновано розрізняти перспективи реалізації права на охорону здоров'я шляхом їх поділу за критерієм спрямування на вирішення проблем реалізації індивідуального та громадського здоров'я.

Обґрунтовано доцільність висвітлення розвитку адміністративно-правового забезпечення реалізації індивідуального права на охорону здоров'я на нормотворчому та правозастосовному рівнях.

Наголошено, що унормування права на охорону здоров'я на рівні міжнародних стандартів прав людини є важливою гарантією його реалізації на внутрішньодержавному рівні, покладаючи на Україну обов'язки щодо його належного та всебічного забезпечення.

За напрямом реалізації громадського права на охорону здоров'я звернено увагу на необхідність подолання розпорошеності та значної кількості нормативних актів у сфері охорони здоров'я шляхом їх систематизації загалом і кодифікації зокрема.

Стосовно оптимізації діяльності суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я встановлено, що чинна система акредитації закладів охорони здоров'я в Україні не забезпечує проведення зовнішнього оцінювання якості медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів. Доведено необхідність проходження акредитаційних процедур за міжнародними стандартами (наприклад, Joint Commission International – JCI), що також сприятиме поліпшенню адміністративно-правового забезпечення реалізації права кожного на охорону здоров'я в Україні.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Адміністративне право України. Київ: Юрид. думка, 2004. 441 с.
2. Административное право России: учебник. Ч. 1. Государственное управление и административное право; под. ред. А. П. Коренева. М.: Московская академия МВД России; Щит, 2002. 306 с.
3. Адміністративне право України. Академічний курс: підручн. у 2-х т. / ред кол. гол.: В. Б. Аверьянов. Київ: Юрид. думка, 2004. Т. 1. 584 с.
4. Адміністративне право України. Повний курс: підручник / Галуцько В., Діхтієвський П., Кузьменко О., Стеценко С. та ін. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2018. 446 с.
5. Адміністративне право України: академічний курс: підруч.: у двох томах. Том 1. Загальна частина / ред. колегія: В. Б. Авер'янов (голова) та ін. К.: Юридична думка. 2007. 592 с.
6. Адміністративне право України: підручник / Ю. П. Битяк (кер. авт. кол.), В. М. Гаращук, В. В. Богуцький та ін.; за заг. ред. Ю. П. Битяка, В. М. Гаращука, В. В. Зуй. Х.: Право, 2010. 624 с.
7. Алексеев С. С. Проблемы теории права: курс лекций в 2-х т. Свердловск, 1973. Т. 1. 396 с.
8. Алексеев С. С. Теория права. М.: БЕК, 1994. 224 с.
9. Алфьоров С. М., Ващенко С. В., Долгополова М. М., Купін А. П. Адміністративне право. Київ: Центр учбов. л-ри, 2011. 81 с.
10. Аналіз судової практики. Звіти про дослідження. Європейський суд з прав людини. URL: <https://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=caselaw/analysis&c=>
11. Андреева О. М. Здоров'я молоді – пріоритетне завдання збереження генофонду народу України. *Медсестринство*. 2017. № 2. С. 44–46.

12. Андрейчин М., Лукашук Л. «Інфекції в Україні – бікфордів шнур підпалено?». Ваше здоров'я. 2017. № 47–48. С. 6–7. URL: [https://issuu.com/vzkievua/docs/vz\\_47-48\\_2017](https://issuu.com/vzkievua/docs/vz_47-48_2017)
13. Андрієнко І. С. Достатній життєвий рівень як правова категорія. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2015. № 2. С. 93–95
14. Андрійко О. Ф. організаційно-правові проблеми державного контролю у сфері виконавчої влади: автореф. дис. ... док. юрид. наук: 12.00.07. Київ: НАН України. Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького, 1999. 38 с.
15. Антонов С. В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням. Управління закладом охорони здоров'я. 2007. № 7. URL: <http://www.medlawcenter.com.ua/ru/publications/76.html>
16. Ахламов А. Г., Кусик Н. Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник / Укладачі: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. Одеса: ОРІДУ НАДУ. 2011. 134 с.
17. Балдич Н. Дослідження навчальних потреб представників органів місцевого самоврядування України: аналітичний звіт / Балдич Н., Гнидюк Н., Трутковски Ц. 2019. URL: [http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2019/07/TNA\\_Ukraine-2018-2019-Final-Report\\_ukr\\_F.pdf](http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2019/07/TNA_Ukraine-2018-2019-Final-Report_ukr_F.pdf)
18. Балдич Н., Гнидюк Н., Трутковски Ц. Дослідження навчальних потреб представників органів місцевого самоврядування України: аналітичний звіт. 2019. URL: [http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2019/07/TNA\\_Ukraine-2018-2019-Final-Report\\_ukr\\_F.pdf](http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2019/07/TNA_Ukraine-2018-2019-Final-Report_ukr_F.pdf)
19. Балинська О. М., Яценко В. А. Принципи діалектики та метафізики (формальної логіки) у праві. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія юридична*. 2017. Вип. 3. С. 259–268.
20. Барсуков К. В. Адміністративно-правове забезпечення проходження служби працівниками органів внутрішніх справ у складі міжнародних

миротворчих підрозділів: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 Київ. 2010. 20 с.

21. Барчук В., Іванов О. Інститут спеціалізованих омбудсманів: перспективи створення в Україні. Харківська правозахисна група: сайт. 02.01.2020. URL: <http://khp.org/index.php?id=1577956791>

22. Барышников М. Конституційне закріплення права на охорону здоров'я. Порівняльний аналіз конституційної практики. 01.12.2011. URL: [http://bkb-law.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=86%3A2011-12-01-10-48-52&catid=34%3A2011-10-13-20-35-14&Itemid=101&lang=ru](http://bkb-law.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=86%3A2011-12-01-10-48-52&catid=34%3A2011-10-13-20-35-14&Itemid=101&lang=ru)

23. Бахрах Д. Н. Административное право: учебник. М.: БЕК, 1996. 355 с.

24. Бахрах Д. Н. Советское законодательство об административной ответственности: учеб. пособ. / ред. кол.: А. А. Ушаков (отв. ред); Министерство высшего и среднего специального образования РСФСР. Пермский государственный университет им. А. М. Горького. Пермь. 1969. 344 с.

25. Бегей І. Основні теоретичні складові сучасних моделей державного управління. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. № 2 (25). С. 16–27.

26. Беланюк М. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. М. В. Беланюк, О. Г. Радзієвська, Т. В. Маньгора. *Інформація і право: науковий журнал*. 2019. № 4. С. 119–128.

27. Бельский К. С. Ученый-административист В. Л. Кобалевский: жизнь, труды, основные научные положения (к 110-летию со дня рождения). *Государство и право*. 2002. № 12. С. 81–87.

28. Березовська І. Р. Адміністративно-правові засоби забезпечення інформаційної безпеки України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ. 2012. 18 с.



29. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. URL: [http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/4\\_2019/102.pdf](http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/4_2019/102.pdf)
30. Битяк Ю. П. Адміністративне право України: підруч. / Ю. П. Битяк, В. М. Гаращук, О. В. Дьяченко. К.: Юрінком Інтер, 2010. 544 с.
31. Биховченко В.П. Стан медичного страхування в Україні та його пріоритетні напрями. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2016. № 4 (10). С. 733–736. URL: <http://global-national.in.ua/archive/10-2016/153.pdf>
32. Благодарний А. Методологія дослідження правової регламентації адміністративно-юрисдикційної діяльності правоохоронних органів. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 6. С. 147–151.
33. Бобровська О., Хожило І. Розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах. Державне управління та місцеве самоврядування. 2010. № 1 (4) URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010\\_01\(4\)/10boyukz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010_01(4)/10boyukz.pdf)
34. Богачев Р. М. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та деяких країнах світу. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2013. № 4. С. 24–30.
35. Бойко І. В. Забезпечення публічного інтересу у сфері донорства крові. *Медичне право*. 2019. № 1 (23). С. 9–17.
36. Бойко С. Г. Порівняння моделей фінансово-економічної організації охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: державне управління*. 2016. № 2 (54). С. 44–48.
37. Бойчук Д. Щодо питання про принципи права людини на захист. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 4. С. 183–187.
38. Болдирев С. В. Місце Верховної Ради України в системі органів державної влади. *Державне будівництво та місцеве самоврядування*. 2015. № 30. С. 3–13.

39. Большой энциклопедический словарь: Философия. Социология. Религия. Экзотеризм. Политэкономия / ред. Солодовников С. Ю. Минск: МФЦП, 2002. 1008 с.
40. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах. Сучасні проблеми економіки і менеджменту: тези доповідей міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 10–12 лист. 2011 р.). Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2011. С. 587–588.
41. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1 (27). С. 45–50.
42. Брижко В. До питання торгівлі та захисту персональних даних. *Правова інформатика*. 2007. № 1(13). С. 14–28.
43. Булеца С. Телемедицина: переваги та недоліки в правовому полі. *Право України*. 2020. № 3. С. 49–60.
44. Бутенко С. С. Особливості методології дослідження питань власності. *Юридична психологія*. 2016. № 2. С. 58–68.
45. Бутенко С. П. Акредитація закладів охорони здоров'я як складова державного управління якістю медичної допомоги. *Державне управління: теорія та практика*. 2012. № 1. С. 1–5. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej15/txts/12BSPYAMD.pdf>
46. Валах В. Право дитини-пацієнта на тактовне лікування. *Право України*. 2020. № 3. С. 85–96.
47. Васко А. Р. Проблеми забезпечення права людини на безпечне навколишнє природне середовище в Україні в контексті глобальної кризи А. Р. Васко, Н. Г. Яцишин. *Альманах міжнародного права*. 2016. № 12. С. 53–61.
48. Ведерніков Ю. А. Адміністративне право України: навч. посіб. / Ю. А. Ведерніков, В. К. Шкарупа. Київ: Центр.навч. л-ри. 2005. 336 с.

49. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун. 2005. 1728 с.

50. Верховна Рада України ухвалила бюджет на 2020 рік: програма медичних гарантій, розвиток екстреної допомоги, забезпечення ліками. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-kvitni-nastupnogo-roku-princip-groshi-jdut-zapraciyentom-zaprasyuye-na-vsih-rivnyah-medichnoyi-dopomogi-byudzhet-2020>

51. Вирок Автозаводського районного суду м. Кременчука від 02.03.2020: справа № 524/9371/19, провадження № 1-кп/524/157/20 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/88110536>

52. Вирок Чечельницького районного суду Вінницької області від 27.02.2020: справа № 126/485/19, провадження № 1-кп/151/3/20 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/87894324>

53. Вирок Шевченківського районного суду м. Львова від 28.07.2020: справа № 466/7138/17, провадження № 1-кп/466/61/20 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/90663401>

54. Висновок Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Верховної Ради України про надання висновку щодо відповідності законопроекту про внесення змін до статей 85 та 101 Конституції України (щодо уповноважених Верховної Ради України) (реєстр. № 1016) вимогам статей 157 і 158 Конституції України від 20.11.2019 № 6-в/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v006v710-19#Text>

55. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дисс. ... докт. наук з держ. упр.: 25.00.02. 2019. Маріуполь. 492 с.

56. ВОЗ по-прежньому твердо придерживається принципів, изложенных в преамбуле Устава <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>

57. Галуцько В. В., Курило В. І., Короєд С. О. та ін. Адміністративне право України. Т. 1. Загальне адміністративне право: навч. посіб. Херсон: Грінь Д. С., 2015. 272 с.

58. Геня Б. О. Аксиологічний підхід як основа деонтологічний досліджень. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2013. № 6–1. Т. 1. С. 9–11.

59. Герасько М.Г. Захист права на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище на теренах України. URL: <http://www.health-medix.com/articles/mistetzvo/2009-08-01/107-112.pdf>

60. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1 (76). С. 103–111.

61. Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу. *Право України*. 2003. № 6. С. 100–105.

62. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1 (76) С. 103–111.

63. Гладун З. С. До питання про зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення. *Науковий вісник Львівської комерційної академії. Серія: Юридична*. 2015. Вип. 2. С. 133-144. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nv1kau\\_2015\\_2\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nv1kau_2015_2_16)

64. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів 19–20 квіт. 2007)*. 2007. С. 73–79.

65. Гладун З. С. Проблеми адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я та шляхи їх вирішення. *Вісник Львівського університету. Серія: «Юридична»*. 2008. № 46. С. 72–80.

66. Глипка А. О. Функції місцевого самоврядування в умовах трансформації політичної системи України. Актуальні проблеми політики. 2016. С. 180–189.

67. Глуховский В. В. Аккредитация медицинских учреждений и права пациента. Главный врач. 2006. № 12. С. 90–92.

68. Гомон Д. Генезис розвитку правового регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні . *Национальный юридический журнал: теори и практика*. 2014. № 10. С. 110–113.

69. Гомон Д. О. Сутність адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я. Південноукраїнський правничий часопис. 2015. № 1. С. 66–67.

70. Горбунова К. Справи медиків: небезпечні тенденції та належна законодавча регуляція. Український медичний часопис. 17.07.2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159724/spravi-medikiv-nebezpechni-tendentsiyi-ta-nalezhna-zakonodavch>

71. Господарській кодекс України. від 16.01.2003 № 436-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>

72. Гражданское право: учебник: В 2-х т. / отв. ред. Е. А. Суханов. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: БЕК, 2000. Т. II. Полутом 1. 704 с.

73. Грегуцак О. З 2020 року в охороні здоров'я області запрацює регіональна програма, до якої включені відразу декілька напрямків галузі. Департамент охорони здоров'я Чернівецької ОДА: сайт. URL: <http://www.medcv.gov.ua/archives/26930>

74. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: Техсервіс, 2020. 279 с.

75. Громадське обговорення. Офіційний сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/gromadske-obgovorennja>

76. Гумін О. М, Пряхін Є. В. Адміністративно-правове забезпечення: поняття та структура. Наше право. 2014. № 4. С. 46–50.
77. Гуржій Т., Боровик Ю. Підстави адміністративної відповідальності у сфері народної медицини. Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. 2017. № 5. С. 75–84.
78. Данильян О. Г., Дзьобань О. П. Організація та методологія наукових досліджень: навч. посіб. Харків, 2017. 448 с.
79. Дванадцять принципів надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я. США. Італія. URL: [http://healthy-society.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=356:2011-07-15-11-54-10&catid=35:2011-04-19-08-30-36&Itemid=57](http://healthy-society.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=356:2011-07-15-11-54-10&catid=35:2011-04-19-08-30-36&Itemid=57)
80. Декларація про евтаназію. *Жіночий лікар*. URL: <https://z-l.com.ua/ua/new422/>
81. Дембіцька С. Л. Адміністративний примус як беззаперечний метод здійснення державної влади. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2015. Вип. 31(2). С. 121–124.
82. Демський Е. Ф. Адміністративне процесуальне право України. Навч. посіб. К.: Юрінком Інтер. 2008. 496 с.
83. Денисюк С. Ф. Форми діяльності суб'єктів громадського контролю у сфері забезпечення безпеки дорожнього руху. Підприємництво, господарство і право. 2009. № 9. С. 47–48.
84. Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. URL: <http://www.health-loda.gov.ua/ukr/oblprogr/>
85. Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Офіційний сайт. URL: <https://dpss.gov.ua/sluzhba/prosluzhb>
86. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А.,

Шевченко М. В., Кутуза А. С., Ціборовський О. М., Істомин С. В., Кондратюк Н. Ю., Кучеренко Н. Т., Тяпкін Г. М. Київ: 2014. 312 с.

87. Державний формуляр лікарських засобів. Випуск одинадцятий. К. 2019. С. 1186. [https://moz.gov.ua/uploads/2/11838-dn\\_20190418\\_892\\_dod\\_1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/11838-dn_20190418_892_dod_1.pdf)

88. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperernvogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>

89. Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби: постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 № 348. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348-2017-%D0%BF#Text>

90. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п#Text>

91. Деякі питання освітнього омбудсмена: постанова Кабінету Міністрів України; Положення, Порядок, Умови від 06.06.2018 № 491. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/491-2018-п#n16>

92. Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та/або забезпеченні їх проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок: Постанова Кабінету Міністрів України від 01.10.2014 № 518. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/518-2014-%D0%BF#Text>

93. Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік. від 18 грудня 2018 р. № 1117. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-realizaciyi-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannya-naseleण्या-za-programoyu-medichnih-garantij-dlya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-na-2019-rik>

94. Деякі питання реалізації перехідного періоду децентралізації окремих функцій у сфері громадського здоров'я: проект постанови Кабінету Міністрів України (оприлюднено на сайті Міністерства охорони здоров'я України 15.01.2020 р.) URL: [https://moz.gov.ua/uploads/3/15832-pro\\_20200115\\_1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/3/15832-pro_20200115_1.pdf)

95. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>

96. Джагунов Г. В. Методи адміністративно-правової охорони громадської безпеки в Україні. *Право і безпека*. 2010. № 4 (36). С. 71–75.

97. Джафарова О. В. Взаємодія органів внутрішніх справ і населення. *Вісник Національного університету внутрішніх справ*. 2001. Вип. 15. С. 122–125.

98. Дзьобань О. П., Яроцький В. Л. Соціологічний та аксіологічний напрямки сучасних правових досліджень: загальне бачення. *Інформація і право*. 2018. № 1(24). С. 5–13.

99. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 № 117. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ5907>

100. Досвід Європи у фінансуванні охорони здоров'я. Уроки для України: огляд.



URL: [https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf)

101. Досвід становлення та розвиток управління охороною здоров'я населення країн ЄС. URL: [http://www.trtmo.te.ua/wp-content/uploads/2015/upr\\_oh\\_zdorov\\_yes.pdf](http://www.trtmo.te.ua/wp-content/uploads/2015/upr_oh_zdorov_yes.pdf)

102. Доценко О. С. Адміністративна відповідальність за правопорушення в галузі охорони здоров'я населення. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 1. С. 128–132.

103. ДСТУ ISO 9001:2009. Національний стандарт України. Система управління якістю. Вимоги. (ISO 9001:2008, IDT). URL: [http://www.gereho.dp.ua/index/info\\_dstu\\_iso\\_9001-2009.html](http://www.gereho.dp.ua/index/info_dstu_iso_9001-2009.html)

104. Елистратов А. И. Основныя начала административного права / Елистратов А. И. М.: *Издание Г. А. Лемана и С. И. Сахарова*. 1917. 295 с.

105. Епідемічна небезпека: чи готова Україна до нових викликів? *Аптека online*. 27.01.2020. № 3 (1224). URL: <https://www.apteka.ua/article/530998>

106. Етичний кодекс лікаря України, прийнято і підписано на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) від 27.09.2009. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>

107. Європейська соціальна хартія (переглянута): Рада Європи. Міжнародний документ від 03.05.1996. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text)

108. Європейська хартія прав пацієнтів, листопад 2002 р. URL: <http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/29-european-charter-of-patients-rights.html>

109. Ємець Л. О. Адміністративно-правові форми управління у сфері забезпечення екологічної безпеки держави. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 7. С. 62–67.

110. Єршова Н. Ю. Моделювання в стратегічному управлінському обліку: наукові та практичні аспекти. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/162870089.pdf>
111. Єщук О. М. Адміністративно-правова охорона довкілля. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2017. № 2. С. 130–133.
112. Жаровська І. М. Щодо проблем методології теорії держави і права. *Вісник Національного університету “Львівська політехніка”*. Серія: *Юридичні науки*: збірник наукових праць. 2015. № 827. С. 138–141.
113. Жертвами коронавіруса стали более 200 тысяч жителей планеты. РБК-Украина: сайт. 25.04.2020. URL: <https://www.rbc.ua/rus/news/zhertvami-koronavirusa-stali-200-tysyach-1587842261.html>
114. Журавель Я. В., Теремецький В. І. Здійснення реєстраційних дій як прояв правової форми публічного адміністрування. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2020. № 2 (89). С. 227–238.
115. Забокрицький І. Рівність, гідність та пропорційність як принципи прав людини. URL: <http://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2018/jun/13463/81.pdf>
116. Загальна декларація прав людини: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 10.12.1948 № 217 А (III). URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_015)
117. Загальна теорія держави і права: підруч. для студентів юридичних спеціальностей вищих навч. закл. / М. В. Цвік, В. Д. Ткаченко, Л. Л. Богачова та ін.; за ред. М. В. Цвіка, В. Д. Ткаченка, О. В. Петришина. Харків: Право, 2002. 432 с.
118. Загальна теорія держави і права: підручник. М. С. Кельман, О. Г. Мурашин. Київ: Кондор. 2006. 477 с.
119. Загальна теорія права: підручник. За заг. ред. М. І. Козюбри. Київ: Ваіте. 2015. 392 с.

120. Залюбовська І. К. Парламентський контроль за діяльністю органів виконавчої влади як засіб забезпечення законності у сфері державного управління: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. О., 2002. 20 с.

121. Заморська Л. Право на охорону здоров'я: перспективи правового забезпечення. 22.07.2020. URL: <https://law.chnu.edu.ua/pravo-na-okhoronu-zdorovia-perspektyvy-pravovoho-zabezpechennia/#>

122. Запитай у лікаря: на найпоширеніші запитання про вакцинацію відповідає експерт Федір Лапій. URL: <https://moz.gov.ua/article/immunization/zapitaj-u-likarja-na-najposhirenishi-zapitannja-pro-vakcinaciju-vidpovidaie-ekspert-fedir-lapij>

123. Запорожченко А. Особливості розвитку охорони здоров'я в Україні 1950-2000 рр. *Юридичний вісник*. 2019. № 3. С. 18–24.

124. Захист прав і свобод людини у сфері охорони здоров'я: виклики та реалії реформ: збірник матеріалів медико-правового форуму (м. Полтава, 2–3 грудня 2016 р.) / ред. кол.: Гетьман А. П., Гуторова Н. О., Пашков В. М., Губанова О. В. Полтава, 2017. 199 с.

125. Звіт за результатами дослідження Центру Разумкова «Ставлення громадян України до судової системи» за 2019 р. URL: <http://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/stavlennia-gromadian-ukrainy-do-sudovoi-systemy>

126. Звіт про підсумки діяльності у 2019 році Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Київ. 2020. URL: <https://www.dls.gov.ua/wp-content/uploads/2020/02/Звіт-за-2019-фінал-6.pdf>

127. Іванищук А. А. Адміністративно-правове забезпечення судової влади в Україні: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2017. 466 с.

128. Івченко А. О. Тлумачний словник української мови. Харків: Фоліо. 2002. 543 с.

129. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення»: наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0697-12#Text>

130. Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE21010.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE21010.html)

131. Історична довідка про роботу Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я восьмого скликання. 2019. URL: [http://komzdrav.rada.gov.ua/news/Pro\\_komitet/history\\_dovid/74128.html](http://komzdrav.rada.gov.ua/news/Pro_komitet/history_dovid/74128.html)

132. Кабмін вирішив ліквідувати Держсанепідслужбу. URL: <https://www.epravda.com.ua/news/2017/05/22/625153/>

133. Каневський О. С., Котик Ю. А. Перспективи розвитку медичної реабілітації в залізничній медицині в сучасних соціально-економічних умовах. *Медицина залізничного транспорту України*. URL: [http://www.vitapol.com.ua/user\\_files/pdfs/mtu/50023855231342\\_21092009174902.pdf](http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/mtu/50023855231342_21092009174902.pdf)

134. Карамишев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 17–18 квіт. 2008). 2008. С. 129–136.

135. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дисерт. .... канд. наук з держ. управл.: 25.00.02. Харків: Національний університет цивільного захисту України. 2020. 214 с.

136. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. № 1 (14). С. 110–117.

137. Карпов О. Э., Махнев Д. А. Модели систем здравоохранения разных государств и общие проблемы сферы охраны здоровья. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова*. 2017. Т. 12. № 3. С. 92–100.

138. Квартальний звіт Аналітико-експертного центру досліджень у сфері громадського здоров'я при ВГО «Фундація медичного права та біоетики України». Участь громадськості у сфері охорони здоров'я. URL: [http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user\\_upload/pdf/Zvit\\_II\\_kvartal.pdf](http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/Zvit_II_kvartal.pdf)

139. Квіташвілі О. Стандартизація за ліжкомісцем – це зло і шкідництво. Економічна правда. 2015. URL: <http://www.epravda.com.ua/publications/2015/01/30/525533/>

140. Кельзен Г. Чисте правознавство. Проблема справедливості. Київ: Юніверс, 2004. 495 с.

141. Кельман М. Методологія сучасного правознавства: становлення та основні напрями розвитку. *Психологія і суспільство*. 2015. № 14. С. 33–46.

142. Кіндзерський В. І. Роль міжнародного та конституційного законодавства в формуванні системи охорони здоров'я в Україні. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17–18.04.2008. м. Львів.

143. Кірова М. Фінансові механізми державного управління охороною здоров'я: зарубіжний досвід. М. Кірова, Л. Мельник та Я. Радиш. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. № 1 (20). С. 184–195.

144. Кланца І. А. Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави. *Вісник НАДУ при Президентові України. Серія: Державне управління*. 2018. № 1. С. 107–113.

145. Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019. 495 с.
146. Книш С. В. Види форм забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Журнал східноєвропейського права*. 2019. № 60. С. 64–70.
147. Книш С. В. Окремі аспекти вдосконалення адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я України. *Юридичний бюлетень*. Вип. 5. 2017. С. 141–146.
148. Книш С. В., Теремецький В. І. Розмежування адміністративних і цивільних правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право та державне управління*. 2019. № 2. Т. 5. С. 47–53.
149. Книш С. В. Відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: адміністративно-правовий аспект: монографія. Київ: Освіта України. 2019. 443 с.
150. Коваль Л. В. Адміністративне право: курс лекцій: для студ. юрид. вузів та ф-тів. Київ: Вентурі. 1996. 208 с.
151. Ковригіна В. Є. Адміністративно-правовий аспект права на охорону здоров'я. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2016. № 2 (99). С. 123–131.
152. Кодекс законів про працю України: Закон України від 10.12.1971 № 322-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
153. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від 07.12.1984. № 8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>
154. Козаченко Ю. А. Адміністративно-правове регулювання забезпечення прав пацієнта в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Харків, 2016. 210 с.

155. Колесников О. В. Основи наукових досліджень. 2-ге вид. випр. та доп. Навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 144 с.

156. Колодій А. М., Олійник А. Ю. Права людини і громадянина в Україні: навчальний посібник. Київ: Юрінком Інтер. 2003. 336 с.

157. Колпаков В. К. Адміністративна відповідальність (адміністративно-деліктне право): навч. посіб. К.: Юрінком Інтер. 2008. 256 с.

158. Комзюк А. Т. Заходи адміністративного примусу в правоохоронній діяльності міліції: поняття, види та організаційно-правові питання реалізації: монографія / за заг. ред. О. М. Бандурки. Харків: НУВС, 2002. 345 с.

159. Комплементарна медицина. URL:  
[http://psychologis.com.ua/komplementarnaya\\_medicina.htm](http://psychologis.com.ua/komplementarnaya_medicina.htm)

160. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок *ООН* від 18.12.1979 URL:  
[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_207#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text)

161. Конвенція про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних від 28.01.1981 р. Страсбург. URL:  
[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_326](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_326)

162. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 04.04.1997. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text)

163. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод: Рада Європи, міжнародний документ від 04.11.1950. URL:  
[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text)

164. Конвенція про права дитини *ООН* від 20.11.1989. URL:  
[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021)

165. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) *ООН* від 13.12.2006 URL:  
[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text)

166. Конституційні екологічні права громадян. Офіційний сайт Солом'янської районної в м. Києві державної адміністрації. 20.01.2015. URL: <http://www.solor.gov.ua/info/19/8032>

167. Конституційні скарги, що надійшли до Конституційного Суду України, та їх опрацювання станом на 28.12.2019 року. Офіційний веб-сайт Конституційного Суду України. 2020. URL: <http://ccu.gov.ua/novyna/konstytuciyni-skargy-shcho-nadiyshly-do-konstytuciynogo-sudu-ukrayiny-ta-yih-oprasyuvannya-11>

168. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

169. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України, анонсована Незалежною експертною платформою «ПРО S VITA». Укрінформ. 08.11.2017 року. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-presshall/2335458-nova-nacionalna-sistema-ohoroni-zdorova-ukraini-konceptia-vid-pro-s-vita.html>

170. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>

171. Копаков В. К. Поняття форм публічного адміністрування. Адміністративне право і процес. 2012. URL: <http://applaw.knu.ua/index.php/arkhiv-nomeriv/2-2-2012/item/46-ponyattya-form-publichnoho-administruvannya-kolpakov-v-k>

172. Корогодін І. Т. Методология, методы и принципы анализа экономических законов и категорий. *Вестник Воронежского государственного университета*. 2005. № 2. С. 32–41.

173. Коронавірус у цифрах. URL: <https://bit.ly/2P7FQ76>



174. Коронавірус, карантин, бізнес – закон! Юридична газета. 20.03.2020. URL: <https://yurgazeta.com/publications/practice/inshe/koronavirus-karantin-biznes--zakon--.html>

175. Коротка Н.О. Особисті немайнові права фізичних осіб в сфері охорони здоров'я: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2015. 221 с.

176. Косінов С. А. Особливості здійснення парламентського контролю в Україні. Юрист України. 2013. Т. 3. С. 8–16.

177. Костецька О. Право особи на інформацію про здоров'я: проблеми реалізації. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 19–20 квіт. 2007). Львів, 2007. С. 173–178.

178. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. 2017. № 24 (2). С. 39–43.

179. Коталейчук С. П. Реалізація та захист персоніфікованої інформації у законодавстві України: правове забезпечення. *Право України*. 2006. № 1. С. 46–50.

180. Котвицкая А. А., Кононенко О. В. Исследование информационной обеспеченности населения по основным вопросам плановой вакцинопрофилактики детей. *Вестник фармации*. 2015. № 2 (68). С. 6–12.

181. Котюк В. О. Основи держави і права: навчальний посібник для абітурієнтів, студентів, учнів середніх шкіл і ліцеїв. Київ: *Вентури*. 1996. 224 с.

182. Кохановский В. П. Философия и методология науки: учебник для высших учебных заведений. Ростов н/Д.: Феникс, 1999. 576 с.

183. Кран О. С., Посилкіна О. В., Башура О. Г., Пересадько І. Г. Моніторинг ринку праці в галузі практичної косметології в Україні. Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. 2009. № 3 (5). С. 49–57.

184. Краснова О. І. Теоретичні підходи до визначення сутності державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 8. С. 58–62.

185. Краус Н. М. *Методологія та організація наукових досліджень: навчально-методичний посібник*. Полтава: Оріяна, 2012. 183 с.

186. Крегул Ю. І. *Поняття і види форм державного управління. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики / за заг. ред. В. Б. Аверянова. К.: Факт. 2003. С. 276–280.*

187. Крестовська Н. М., Матвєєва Л. Г. *Теорія держави і права. Підручник*. Київ: Юрінком Інтер. 2015. 584 с.

188. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

189. Крут К. О. *Адміністративно-правове забезпечення громадського контролю у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07*. Харків: Харк. нац. ун-т внутр. справ. 2017. 20 с.

190. Кузенко Н. В., Доскочинська Л. С. Особливості фінансування системи охорони здоров'я розвинених країн. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2011. № 10 (21). С. 217–222.

191. Куракін О. М. Аналіз функцій правового регулювання в аспекті його ефективності. *Держава та регіони*. 2015. № 3 (51). С. 53–58.

192. Курінний Є. В., Логвиненко Б. О. *Адміністративно-правові засади медичного забезпечення органів внутрішніх справ України: монографія*. Дніпропетровськ: ДДУВС. 2010. 206 с.

193. *Курс адміністративного права України. Підручник / В. К. Колпаков, О. В. Кузьменко, І. Д. Пастух, В. Д. Сущенко та ін. 2-ге вид., перероб. і допов.* К.: Юрінком Інтер. 2013. 872 с.

194. Кутерга М. В. Поняття й сутність адміністративно-правових засобів забезпечення дорожнього руху. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право*. 2014. № 29. Ч. 2. Т. 2 С. 63–66.

195. Куш Л. И. К вопросу о понятии субъекта медицинской практики. *Предпринимство, хозяйство и право*. 2002. № 8. С. 11–14.

196. Лациба М.В. Громадська експертиза діяльності органів виконавчої влади: крок за кроком / М. Лациба, О. Хмара, О. Орловський. Укр. незалеж. центр політ. дослідж. Київ. 2010. 96 с.

197. Лашкул З. В. Аналіз Нормативно-правової бази, що регламентує роботу психіатричної служби України. З.В. Лашкул, І. Г. Бібик. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 2. С. 4–7.

198. Левенець Ю. О. Поняття та ознаки адміністративного правопорушення в галузі стандартів якості та безпеки продуктів харчування. *Вісник Академії митної служби України*. 2010. № 2. С. 59–65.

199. Лехан В. М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

200. Лещенко В. В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: автор. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 21 с.

201. Лещенко В. В., Радиш Я. Ф. Права людини на життя та охорону здоров'я – методологічна основа державного управління здравоохранною сферою: вступ до проблеми. *Державне управління: теорія та практика*. 2014. № 1. С. 104–113.

202. Лінецький С., Кушніренко В. Контрольні повноваження комітетів Верховної Ради України. Київ, 2015. 48 с.

203. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта від 01.10.1981. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_016](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_016)

204. Ліфінцев О. В. Адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Дніпро, 2016. 201 с.
205. Ліцензування лікарів: а судді хто? URL: [https://issuu.com/vzkievua/docs/vz\\_31-32\\_2018](https://issuu.com/vzkievua/docs/vz_31-32_2018)
206. Логвиненко Б. О. Безсистемність у системі охорони здоров'я як головна проблема сьогодення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2020 № 1. С. 50–55.
207. Логвиненко Б. О. До питання про відповідність медичної реформи в Україні дванадцяти принципам організації охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 4 (29). Т. 2. С. 120–123.
208. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: Леся, 2017. 344 с.
209. Логвиненко Б. О. Суб'єкти публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Часопис Київського університету права*. 2017. № 3. С. 114–117.
210. Логвиненко Б. О. Щодо поняття і значення «e-Health» у публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я в Україні. *Науково-практичний журнал «Медичне право»*. 2016. № 2 (18). С. 11–18.
211. Логвиненко Б. О. Юридична відповідальність медичних працівників в Україні: ретроспективний погляд. «Медичне право України: законодавче забезпечення царини охорони здоров'я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення)»: матер. V Всеукр. наук.-практ. конф. з медичного права. Львів: ЛОБФ «Медицина і право». 2011. 416 с.
212. Лук'янець Д. М. Інститут адміністративної відповідальності: проблеми розвитку. монографія. К.: Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. 2001. 220 с.

213. Любінець О. В., Сенюта І. Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України. *Український медичний часопис*. 2006. № 3 (53). С. 5–10.

214. Люблінська хартія з реформування охорони здоров'я. ВООЗ, від 18.06.1996. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/113302/E55363.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf)

215. Любчик О. А. «Гра слів» з тяжкими наслідками, або що таке медична допомога. *Вісник ЛДУВС ім. Е. О. Дідоренка*. 2020. С. 89–101.

216. Майданник О. О. Теоретичні проблеми контрольної функції парламенту України: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. К., 2008. 36 с.

217. Майстро Д. Деякі проблемні аспекти досудового розслідування в медичних справах. *Юридична газета*. 2019. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/kriminalne-pravo-ta-proces/deyaki-problemni-aspekti-dosudovogo-rozsliduvannya-v-medichnih-spravah.html>

218. Малахов В. О. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми та перспективи. В. О. Малахов, Г. М. Кошелева, В. О. Родін. URL: <http://kurort.gov.ua/index.php/uk/novini/95-fizichna-ta-reabilitatsijna-meditsina>

URL: <http://kurort.gov.ua/index.php/uk/novini/95-fizichna-ta-reabilitatsijna-meditsina>

219. Малиновський В. Я. Державне управління: навч. посіб. Луцьк: Вежа, 2000. 558 с.

220. Маматова Т. Реалізація функції державного контролю як надання публічної послуги. Державне управління та місцеве самоврядування: збірн. наук. праць. 2010. Вип. 2 (5). URL: [http://www.dbuapa.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010\\_02\(5\)/10mtvnpp.pdf](http://www.dbuapa.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010_02(5)/10mtvnpp.pdf)

221. Матіос А. В. Адміністративна відповідальність посадових осіб: монографія. К.: Знання. 2007. 223 с.

222. Мельник Р. С., Бевзенко В. М. Загальне адміністративне право. Київ: Ваіте, 2014. 116 с.

223. Мельник Р. С. Новели сучасної концепції українського адміністративного права. *Lex Portus*. 2017. № 5 (7). С. 5–16.

224. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. 2018. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/6948/1/23%20.pdf>

225. Менше 25 мільйонів українців та старіння населення: яке майбутнє прогнозують Україні. URL: <http://surl.li/lghq>

226. Методика та організація наукових досліджень: навч. посіб. / С. Е. Важинський, Т. І. Щербак. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.

227. Методологія сучасних досліджень в політиці, економіці та соціальній сфері: матеріали Першої міжнародної науково-практичної конференції (м. Донецьк, 12 квітня 2011 р.) / Донец. Інститут міжрегіон. акад. упр. персоналом та ін. Донецьк: Норд-Прес, 2011. 472 с.

228. Методологія: Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознавства ім. О. О. Потебні; ред. кол.: І. К. Білодід (гол.), А. А. Бурячок, В. О. Винник та ін. Київ: Наукова думка. Т. 4: І–М / ред. тому: А.А. Бурячок, П.П. Доценко. 1973. 840 с. URL: <http://sum.in.ua/s/metodologhija>

229. Микитенко Д. О. Обґрунтування шляхів удосконалення медико-генетичної допомоги населенню на основі соціологічних опитувань. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 2 (43). С. 67–74.

230. Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації *ООН* від 21.12.1965. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_105](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105)

231. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного

депутата

України.

URL:

<http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

232. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права *ООН* від 16.12.1966. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042)

233. Міжнародні медико-санітарні правила від 23.05.2005. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897\\_007](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_007)

234. Мірошніченко О. А. Евтаназія та право людини на життя у міжнародному та національному праві. *Форум права*. 2012. № 3. С. 459–464. URL: <http://archive.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2012-3/12moatnp.pdf>

235. МОЗ ініціює скасування спеціального дозволу на зайняття народною медициною. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-inicijue-skasuvannja-specialnogo-dozvolu-na-zajnjattja-narodnoju-medicinoju>

236. МОЗ оприлюднило проєкт наказу щодо інфекційного контролю в медзакладах. URL: <https://www.medsprava.com.ua/news/2718-moz-oprilyudnilo-prokt-nakazu-shchodo-nfektsynogo-kontrolyu-v-medzakladah>

237. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf)

238. Моніторинговий візит в Міську лікарню № 1, щодо роботи лікувального закладу в умовах пандемії COVIR-19. Офіційний сайт Управління охорони здоров'я м. Миколаєва. 19.03.2020. URL: <https://translate.google.com/?hl=ru#view=home&op=translate&sl=auto&tl=ru&text=Aqu%C4%ADla%20non%20captat%20muscas>

239. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Регламентація права на охорону здоров'я у міжнародних нормативно-правових актах. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матер. II Всеукр. наук.-практ. конфер. (м. Львів, 17-18 квіт. 2008 р.). Львів. С. 186–201.

240. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>

241. Муляр Г. В. Адміністративна відповідальність за порушення законодавства щодо захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я. *Правова позиція*. 2020. № 3 (28). С. 45–49.

242. Муляр Г. В. Адміністративно-правове регулювання громадського контролю у сфері охорони здоров'я. *Наукові записки*. Серія: Право. Вип. 7. 2019. С. 69–74.

243. Муляр Г. В. Акредитація закладів охорони здоров'я: порівняльно-правовий аналіз. Міжнародні та національні правові виміри забезпечення стабільності: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17-18 квітня 2020 р.). Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2020. Ч. II. С. 65–68.

244. Муляр Г. В. Аксіологічний метод дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Реформування правової системи в контексті євроінтеграційних процесів: матер. IV Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Суми, 21–22 трав. 2020 р.). Суми: ННП Сумського державного університету. С. 45–48.

245. Муляр Г. В. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*. 2020. № 1–2. С. 43–52.

246. Муляр Г. В. Медичні стандарти у системі охорони здоров'я: теоретико-правові підходи до розуміння змісту. Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених: тези доп. учасників наук.-практ. конф. (м. Харків, 15 трав. 2020 р.) / МВС України, ХНУВС. Харків, 2020. С. 193–196.



247. Муляр Г. В. Методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Журнал східноєвропейського права*. 2020. № 75. С. 102–110.

248. Муляр Г. В. Окремі аспекти забезпечення права на охорону здоров'я адміністративно-правовими засобами. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 3. С. 186–195.

249. Муляр Г. В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 97–100.

250. Муляр Г. В. Правове забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників: сучасний стан та перспективи удосконалення законодавства. *Актуальні проблеми сучасної науки. XLII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конфер. (м. Вінниця, 6 квіт. 2020 р.). Ч. 11. Вінниця, 2020. С. 32–36.* URL: <https://el-conf.com.ua/%d0%b0%d1%80%d1%85%d1%96%d0%b2-%>

251. Муляр Г. В. Проблеми адміністративно-правового забезпечення ліцензування господарської діяльності з медичної практики. *Наукові записки. Серія: Право*. 2019. Вип. 6. Спецвипуск. С. 65–70.

252. Муляр Г. В. Програмне регулювання та стратегічне планування у сфері охорони здоров'я. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2019. № 4. С. 129–138.

253. Муляр Г. В. Реалізація права на охорону здоров'я: ретроспектива та сучасність. *Економіко-правові дискусії: I Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. студентів, аспірантів та молодих учених (м. Кропивницький, 30 квіт. 2020 р.)*. Кропивницький: Льотна академія Національного авіаційного університету. С. 244–247.

254. Муляр Г. В. Роль органів місцевого самоврядування в забезпеченні права на охорону здоров'я. *Сучасний розвиток державотворення та правотворення в Україні: проблеми теорії та практики: матеріали IX Міжнар.*

наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти і молодих учених 19 травня 2020 року: зб. тез наук. праць / за заг. ред. К. В. Балабанова. Маріуполь: МДУ, 2020. С. 182–185.

255. Муляр Г. В. Судові органи та прокуратура як суб'єкти захисту медичних прав. Шляхи реформування юридичних наук у європейський простір: теоретико-практичний аспект: збір. матер. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 19 трав. 2020 р.) / за ред. В. М. Галунько, Ю. В. Кузьменко. Херсон: Гельветика, 2020. С. 66–69.

256. Муляр Г. В. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини як суб'єкт забезпечення прав у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2020. Вип. 61. Т. 2. С. 16–19.

257. Муляр Г. В. Функції Верховної Ради України в сфері охорони здоров'я. Травневі правові читання: матер. І Всеукр.наук.-практ. конф. здобув. та викл. закл. вищ. осв. Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2020. С. 290–292.

258. Муляр Г. В. Щодо запровадження лікарського самоврядування в Україні. Актуальні питання економіки, фінансів, обліку і права в сучасних умовах: збірник тез доповідей міжнар. наук.-практ. конфер. (Полтава, 16 квітня 2020 р.): у 8 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2020. Ч. 6. С. 26–28.

259. Нагальні питання медичного забезпечення обговорювалися на засіданні Дорадчої ради при Комітеті з питань охорони здоров'я. URL: <https://iportal.rada.gov.ua/fsview/10377.html>

260. Назарко Ю. В. Гарантії реалізації права на охорону здоров'я в Україні та країнах Європейського Союзу. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2018. № 1 (15). С. 405–418.

261. Назирко Ю. В. Конституційне право на охорону здоров'я в Україні та державах європейського союзу: порівняльно-правове дослідження: дис. ... доктора філософії. 081 «Право». Київ. 2019. 249 с.

262. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років, розроблена Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. Київ. 2014. URL: [https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi\\_OZ.pdf](https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf)

263. Національна стратегія у сфері прав людини: указ Президента України від 25.08.2015 № 501/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501/2015?find=1&text=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80#w11>

264. Національний класифікатор України. Класифікатор професій ДК 003:2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/vb375609-05>

265. Небрат О. О., Яценко В. П. Адміністративно-правовий механізм забезпечення прав і свобод людини в діяльності Національної поліції. *Міжнародний науковий журнал «Верховенство права»*. 2017. № 5. С. 93–99.

266. Нові версії стандартів ISO 9000:2015 та ISO 9001:2015. URL: <https://www.gcsms.com.ua/arkhiv-novin/248-novi-versii-standartiv>

267. О мерах по улучшению косметологической помощи населению: приказ Министерства здравоохранения СССР от 28.12.1982 № 1290. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1290400-82>

268. Олійник В. М. Нові вектори реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні. В. М. Олійник, В. С. Лисенко. Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. 2014. № 38. С. 213–219.

269. Організація ООН з питань освіти, науки та культури (ЮНЕСКО). Універсальна декларація з біоетики та прав людини, 2005 р. [www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/](http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/)

270. Орзіх М. П. Функціональна характеристика парламентського контролю в Україні. Парламентаризм в Україні: теорія та практика: матер. Міжнар. наук.-практ. конф., 26 червня 2001 року. К.: Ін-т законодавства Верховної Ради України, 2001. С. 441.

271. Ортинський В. Новітні методи дослідження адміністративно-правових явищ. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Юридичні науки*. 2014. № 782. С. 5–9.

272. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

273. Основи методології та організації наукових досліджень: навч. посіб. для студентів, курсантів, аспірантів і ад'юнтів / за ред. А. Є. Конверського. Київ: Центр учбової літератури, 2010. 352 с.

274. Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я: проект Закону України. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/JF3WE00A.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF3WE00A.html)

275. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>

276. Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие / под научной редакцией И. Я. Сенюты (версия на рус. языке). 5-е изд., доп. Львов: Издательство: Медицина и право, 2015. 989 с.

277. Падалка А. Особливості адміністративно-правового захисту трудових прав у сучасних умовах. *Публічне право*. 2012. № 4 (8). С. 430–436.

278. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи: URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>

279. Паліативна допомога: в Україні будуть створені Центри медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям. URL:

<https://moz.gov.ua/article/health/paliativna-dopomoga-v-ukraini-budut-stvoreni-centri-medichnoi-reabilitacii-ta-paliativnoi-dopomogi-ditjam>

280. Парламентаризм в Україні. Державно-управлінські механізми реалізації функцій законодавчої влади: навч.-метод. матеріали / В. А. Гошовська, Л. А. Пашко, К. Ф. Задоя. К.: НАДУ, 2013. 48 с.

281. Пацієнт має право: Як оскаржити неправомірне рішення і отримати відшкодування. Офіційний сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/pacient-mae-pravo-jak-oskarzhiti-nepravomirne-rishennja-i-otrimati-vidshkoduvannja>

282. Пашков В. Історія вакцинації: правовий нігілізм та медичний. *Аптека*. 2018. № 12 (1133). С. 10–11. URL: [http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14871/1/Pashkov\\_n12\\_10\\_2018.pdf](http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14871/1/Pashkov_n12_10_2018.pdf)

283. Пашков В. М. Еволюція правового статусу закладів охорони здоров'я. *Медичне право*. 2017. № 3. С. 104–110.

284. Пашков В. М. Інноваційна складова ринку лікарських засобів: проблеми господарсько-правового забезпечення. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2013. № 3 (74). С. 204–213.

285. Пашков В. М., Гуторова Н. А. Імунопрофілактика в механізмі забезпечення та захисту права на здоров'я. *Право України*. 2020. № 3. С. 61–84.

286. Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения: резолюция ВОЗ WHA62.12 22.05.2009. URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R12-ru.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-ru.pdf?ua=1)

287. Перевірка дотримання прав ув'язнених на здоров'я: відбувся семінар для представників національного превентивного механізму. Free Zone. 16.09.2019. URL: <https://freezone.org.ua/en/osoblyvosti-perevirky-dotrymannya-prav-uv-yaznenyh-na-zdorov-ya-vidbuvsya-seminar-dlya-predstavnykiv-natsionalnogo-preventyvnoho-mehanizmu/>

288. Петрушка О. В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. *Економіка і суспільство*. 2017. № 13. С. 1189–1192.

289. Пирс Ч. С. Принципы философии URL: [https://platona.net/load/knigi\\_po\\_filosofii/analiticheskaja\\_filosofija/pirs\\_ch\\_s\\_principy\\_filosofii\\_v\\_2\\_tomakh/28-1-0-5225](https://platona.net/load/knigi_po_filosofii/analiticheskaja_filosofija/pirs_ch_s_principy_filosofii_v_2_tomakh/28-1-0-5225)

290. Питання Уповноваженого Президента України з прав дитини: указ Президента України від 11.08.2011 № 811/2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/811/2011#Text>

291. Підкомітети Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/31476.pdf>

292. Підлубна Т. М. Право на захист цивільних прав та інтересів: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2009. 22 с.

293. Підхід: Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознавства ім. О. О. Потебні; ред. кол.: І. К. Білодід (гол.), А. А. Бурячок, В. О. Винник та ін. Київ: Наукова думка. Т. 6: П – Поїти / ред. тому: А.В. Лагутіна, К.В. Ленець. 1975. 832 с. URL: <http://sum.in.ua/s/metodologhija> URL: <http://sum.in.ua/s/pidkhid>

294. Піраміда громадського здоров'я - який щабель належить лікарю? *Газета Ваше здоров'я* від 26.06.2015. URL: <https://www.vz.kiev.ua/piramida-gromadskogo-zdorovya-yakij-shhabel-nalezhit-likaryu/>

295. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. № 14. С. 25–28.

296. Погребняк С. Роль основоположних принципів права в забезпеченні прав людини. *Вісник Академії правових наук України*. 2009. № 1 (56). С. 71–77.

297. Подойніцин В. М. Перспективні напрями адміністративно-правового забезпечення стандартизації у сфері оборони. *Наука і правоохорона*. 2017. № 4 (38). С. 83–89.

298. Позднякова Л. О. Роль діалектичного методу пізнання у розвитку теорії страхової системи. *Фінансовий простір*. 2016. № 4. С. 50–55.

299. Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11#Text>

300. Положення про Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації): розпорядження від 27.12.2017 № 1694. URL: [https://kyivcity.gov.ua/kyiv\\_ta\\_miska\\_vlada/struktura\\_150/vikonavchiy\\_organ\\_kivsko\\_misko\\_radi\\_kivska\\_miska\\_derzhavna\\_administratsiya/departamenti\\_ta\\_upravlinnya/departament\\_okhorony\\_zdorov\\_ya/File\\_1551950264\\_314673/](https://kyivcity.gov.ua/kyiv_ta_miska_vlada/struktura_150/vikonavchiy_organ_kivsko_misko_radi_kivska_miska_derzhavna_administratsiya/departamenti_ta_upravlinnya/departament_okhorony_zdorov_ya/File_1551950264_314673/)

301. Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: Постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-p#Text>

302. Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#n13>

303. Положення про Медичну раду при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2020 № 1509. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1509282-20#Text>

304. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

305. Положення про Національну службу здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text>

306. Положення про регіональний формуляр лікарських засобів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1005-09#Text>

307. Пономаренко М. С., Алексеєва І. М. Деякі правові питання реформування галузі охорони здоров'я населення України. Запорожский медицинский журнал: организационные статьи. 2007. № 1 (40). С. 155–157.

308. Порядок здійснення Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини контролю за додержанням законодавства про захист персональних даних та додатки до нього: затверджений Наказом Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 08.01.2014 № 1/02-14. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1\\_02715-14](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1_02715-14)

309. Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.03.2009 № 183. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0189282-09#Text>

310. Порядок повідомлення Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про обробку персональних даних: затверджений Наказом Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 08.01.2014 № 1/02-14. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1\\_02715-14](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1_02715-14)

311. Порядок проведення епідеміологічного нагляду за кором, краснухою та синдромом вродженої краснухи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.04.2019 № 954. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0519-19#Text>

312. Права людини в сфері охорони здоров'я та форми їх захисту. Офіційний сайт м. Коростень. URL: <http://korosten-rada.gov.ua/sotsialniy-rozvitok/ohorona-zdorovya/tsentralna-miska-likarnya/prava-lyudini-v-sferi-ohoroni-zdorovya/>



313. Права та обов'язки пацієнта і лікаря в Україні. URL: <https://sumy-gospital.lis.org.ua/prava-patsiyenta-i-likarya-v-ukrayini/>
314. Права та обов'язки пацієнта. URL: <http://www.bermed.ks.ua/novyny/44-prava-ta-obov-yazki-patsienta>
315. Права человека и здоровье. ВООЗ. 29.12.2017. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
316. Право пацієнта на відшкодування шкоди, завданої медичною послугою неналежної якості. URL: <http://www.uk-legal.od.ua/pravo-pacienta-na-vidshkoduvannya-shkod/>
317. Правоторова О. М. Форми адміністративної діяльності публічної адміністрації в механізмі адміністративно-правової охорони. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2019. № 5. С. 123–127.
318. Присухін С. І. Філософія права: об'єкт, предмет і функції. *Юридична наука*. 2013. № 7. С. 97–103.
319. Приходько О. Лук'янчук Є. Вакцинація проти поліомієліту 2015 – безглуздий експеримент над 1,5 млн українських дітей. *Аптека*. 2015. № 32 (1003). URL: <https://www.apteka.ua/article/341874>
320. Пришляк М. Пріоритетні напрями адміністративно-правового забезпечення медичного обстеження наречених. *Публічне право*. 2013. № 1 (9). С. 347–352.
321. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові: Закон України від 30.09.2020 № 931-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text>
322. Про введення в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України від 13 березня 2020 року «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»: Указ Президента України від 13.03.2020 № 87. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/872020-32741>

323. Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11>

324. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 590. URL: <https://aaukr.org/mozdoc/nakaz-moz-ukrayiny-vid-28-02-2020-590/>

325. Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини: Закон України від 23.02.2006 № 3477-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3477-15#Text>

326. Про внесення змін до деяких законів України у сфері охорони здоров'я щодо посилення контролю за обігом лікарських засобів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок: Закон України від 20.12.2011 № 4196-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4196-17#Text>

327. Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення дозвільних процедур: Закон України від 19.05.2011 № 3395-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3395-17#top>

328. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 30.03.2020 № 539-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-20#Text>

329. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 07.05.2020 № 587-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-IX#Text>

330. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання земельних ділянок працівникам культури, освіти та охорони здоров'я,

що проживають у сільській місцевості: Закон України від 20.04.2004 № 1694-IV  
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694-15#Text>

331. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо приведення їх у відповідність із законодавчими актами України у сфері ліцензування: Закон України від 19.01.2006 № 3370-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3370-15#Text>

332. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я б  
Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

333. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення системи захисту персональних даних: Закон України від 17.04.2013 № 2836. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-18#Text>

334. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо харчових продуктів: Закон України від 22.07.2014 № 1602-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-18#n28>

335. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на забезпечення додаткових соціальних та економічних гарантій у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 30.03.2020 № 540-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/540-20>.

336. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на забезпечення додаткових соціальних та економічних гарантій у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 30.03.2020 № 540-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/540-20#Text>

337. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 17.03.2020 № 530-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-20#Text>

338. Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2004 рік» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1801-15?find=1&text=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2#Text>

339. Про внесення змін до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та деяких інших законодавчих актів України щодо децентралізації та розмежування повноважень органів місцевого самоврядування: проект закону розміщено 25.06.20 р. на громадське обговорення. URL: <https://www.minregion.gov.ua/base-law/grom-convers/elektronni-konsultatsiyi-z-gromadskistyuu/proekt-zakonu-ukrayiny-pro-vnesennya-zmin-do-zakonu-ukrayiny-pro-misceve-samovryaduvannya-v-ukrayini-ta-deyakyh-inshyh-zakonodavchyh-aktiv-ukrayiny-shhodo-decentralizacziyi-ta-rozmezhu/>

340. Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: проект постанови Кабінету Міністрів України. URL: <http://www.drs.gov.ua/wp-content/uploads/2017/05/4266-26.04.2017.pdf>

341. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.2009 № 529. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0824-14#n2>

342. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 № 977. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ14853.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ14853.html)

343. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.12.2013 № 1116. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14#n6>

344. Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»: Наказ Міністерства охорони

здоров'я України від 10.04.2020 № 852. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-10042020--852-pro-vnesennja-zmin-do-protokolu-nadannja-medichnoi-dopomogi-dlja-likuvannja-koronavirusnoi-hvorobi-covid-19>

345. Про внесення змін до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо прискорення надання першої медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях: Закон України від 03.11.2011 № 4000-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4000-17#Text>

346. Про внесення змін і доповнень до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про фізичну культуру і спорт»: Закон України від 13.10.1994 № 200/94-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200/94-%D0%B2%D1%80#top>

347. Про внесення змін і доповнень до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про рекламу»: Закон України від 14.02.1997 № 70/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/70/97-%D0%B2%D1%80#top>

348. Про внесення змін у додаток 2 до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1105. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-2017-%D0%BF>

349. Про внесення зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо встановлення обмежень для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності: Закон України від 04.07.2012 № 5036-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5036-17#Text>

350. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 03.03.2000 № 1602-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14?find=1&text=%D0%B0%D0%B3%D1%80>

351. Про Державний бюджет України на 2003 рік. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/380-15#Text>

352. Про державні гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

353. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 № 2017-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>

354. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

355. Про державні цільові програми: Закон України від 18.03.2004 № 1621-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text>

356. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text>

357. Про деякі питання реформування державного управління: постанова Кабінету Міністрів України від 11.12.2019 № 1034. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1034-2019-п#Text>

358. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України: указ Президента України від 08.08.2000 № 963/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/963/2000#Text>

359. Про донорство крові та її компонентів: Закон України від 23.06.1995 № 239/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239/95-%D0%B2%D1%80#Text>

360. Про доповнення статті 61 Основ законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 03.02.1993 № 2978-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2978-12#Text>

361. Про доступ до публічної інформації: Закон України від 13.01.2011 № 2939-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17#Text>
362. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
363. Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>
364. Про забезпечення функціонування української мови як державної: Закон України від 25.04.2019 № 2704-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2704-19#top>
365. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України від 18.03.2004 № 1629-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15#Text>
366. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 23.09.1999 № 1105-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>
367. Про зайнятість населення: Закон України від 05.07.2012 № 5067-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5067-17>
368. Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування: законопроект від 08.01.2014 № 3850. URL: <https://www.apteka.ua/article/275695>
369. Про запобігання поширенню на території Київської області коронавірусу COVID-19: розпорядження Київської обласної державної адміністрації від 12.03.2020 № 138. URL: <http://vobu.ua/ukr/analytics/consultations/item/rishennia-mistsevykh-orhaniv-vlady-shchodo-podolannia-epidemii#kyivobl>
370. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARSCoV-2:

постанова Кабінету Міністрів України від 11.03.2020 № 211. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF>

371. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>

372. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>

373. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 № 597. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11#top>

374. Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009–2010 рр.: наказ МОЗ України № 463 від 26.07.2009. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ9704>

375. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/law/show/z1328-11>

376. Про затвердження Інструкції по заповненню форми первинного обліку документації № 096/о «Історія вагітності і пологів N \_\_\_\_\_»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2016 № 29. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE28362.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE28362.html)

377. Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2007 № 92. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20070224\\_92.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070224_92.html)



378. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>

379. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2011 № 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0171-11>

380. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#top>

381. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>

382. Про затвердження одинадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.04.2019 № 892. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18042019--892-pro-zatverdzhennja-odinadcjatogo-vipusku-derzhavnogo-formuljara-likarskih-zasobiv-ta-zabezpechennja-jogo-dostupnosti>

383. Про затвердження Переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня: Постанова Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 № 163 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/163-2001-%D0%BF#Text>

384. Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії реформування системи управління державними фінансами на 2017-2020 роки: розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 № 415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/415-2017-p#Text>

385. Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо удосконалення системи управління програмою імунізації за результатами рекомендацій Місії ВООЗ: наказ МОЗ України від 15.11.2012. № 916. URL: <https://www.apteka.ua/article/228823>

386. Про затвердження Положення про громадську раду при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.01.2018 № 74. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministrymandates/nakaz-moz-ukraini-vid-16012018--74-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-gromadsku-radu-pri-ministerstvioroni-zdorovja-ukraini>

387. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-%D0%BF#Text>

388. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#Text>

389. Про затвердження Положення про Раду громадського контролю при Національній службі здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 271. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/271-2018-%D0%BF#Text>

390. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-п#Text>

391. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. URL: <https://www.apteka.ua/article/61336>

392. Про затвердження Порядку видачі та анулювання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.12.2012 № 1145. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1145-2012-%D0%BF#Text>

393. Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінет Міністрів України від 15.07.1997 № 765. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF>

394. Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.02.2011 № 80. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0634-11>

395. Про затвердження порядку контролю за додержанням ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності та уніфікованих форм актів, які складаються за результатами планових перевірок додержання суб'єктом господарювання ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2013 № 244. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0557-13>

396. Про затвердження Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2010 № 211. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0368-10#Text>

397. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1124. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF>

398. Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів

України; Порядок від 05.11.2008 № 976. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/976-2008-%D0%BF#Text>

399. Про затвердження Порядку утворення спостережної ради закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF#Text>

400. Про затвердження Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України: наказ Міністерства юстиції України від 14.06.2019 № 1769/5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0633-19#Text>

401. Про затвердження правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах: постанова Кабінету Міністрів України від 17.11.2004 № 1570. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1570-2004-%D0%BF>

402. Про затвердження Примірного положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 23.07.2014 № 517. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0517282-14/print>

403. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

404. Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2020 № 762. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-2042020--762-pro-zatverdzhennja-protokolu-nadannja-medichnoi-dopomogi-dlja-likuvannja-koronavirusnoi-hvorobi-covid-19>

405. Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України

та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1998 № 226. URL: [https://zakononline.com.ua/documents/show/85122\\_\\_\\_534832](https://zakononline.com.ua/documents/show/85122___534832)

406. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

407. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>

408. Про захист прав пацієнтів: проект Закону України. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/JF0VG00A.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF0VG00A.html)

409. Про звільнення Ємця І. М. з посади Міністра охорони здоров'я України: постанова Верховної ради України від 30.03.2020 № 546-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/546-20#Text>

410. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text>

411. Про комітети Верховної Ради України: Закон України від 04.04.1995 № 116/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116/95-%E2%F0>

412. Про Конституційний Суд України: Закон України від 13.07.2017 № 2136-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2136-19#Text>

413. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>

414. Про ліцензування медичної практики: наказ МОЗ України від 22.07.2020 № 1664. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9B%D1%96%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%80%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80/2020/07/nz\\_lp\\_2020-07-03.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9B%D1%96%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%80%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80/2020/07/nz_lp_2020-07-03.pdf)

415. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

416. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 № 586-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>

417. Про невідкладні заходи щодо забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та належної оплати праці медичних та інших працівників, які надають медичну допомогу таким пацієнтам: постанова Кабінету Міністрів України від 24.04.2020 № 331. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/331-2020-п#Text>

418. Про невідкладні заходи щодо покращення здоров'я дітей: Указ Президента України від 07.12.2019 № 894/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/894/2019>

419. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення. Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005>

420. Про оплату праці: декрет Кабінету Міністрів України від 31.12.1992 № 3-92. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/23-92#top>

421. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF#Text>

422. Про організацію діяльності прокурорів з нагляду за додержанням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, пов'язаних з обмеженням особистої свободи громадян: наказ Генерального прокурора України від 03.08.2020 № 353. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0353905-20#Text>

423. Про організацію роботи фізичних осіб – підприємців, які займаються народною медициною (цілительством): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.03.2016 № 189. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0491-16#Text>

424. Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності: Закон України від 05.04.2007 № 877-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-16>

425. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 № 1264-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12#Text>

426. Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання: постанова Верховної Ради України; Перелік від 29.08.2019 № 19-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/19-IX#Text>

427. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

428. Про подальше удосконалення атестації лікарів: наказ МОЗ України від 19.12.1997 № 359. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>

429. Про Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України: указ Президента України від 06.04.2011 № 400/2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/400/2011#Text>

430. Про призначення Степанова М. В. Міністром охорони здоров'я України: постанова Верховної ради України від 30.03.2020 № 550-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/550-IX#Text>

431. Про прокуратуру: Закон України від 14.10.2014 № 1697-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1697-18#Text>

432. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14/ed20000222#top>

433. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII. *Відомості Верховної Ради України* від 20.05.2016. № 21. С. 29. Ст. 450.

434. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 13 березня 2020 року «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»: Указ Президента України від 13.03.2020 № 87/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87/2020#Text>

435. Про Розподіл лікарських засобів для лікування онкологічних хворих, закуплених за кошти Державного бюджету України на 2019 рік: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2020 № 1515. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-03072020--1515-pro-rozpodil-likarskih-zasobiv-dlja-likuvannja-onkologichnih-hvorih-zakuplenih-za-koshti-derzhavnogo-bjudzhetu-ukraini-na-2019-rik>

436. Про санітарне та епідеміологічне благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>

437. Про скасування деяких наказів міністерств та інших центральних органів виконавчої влади: розпорядження Кабінету міністрів України від 10.03.2017 № 169-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/169-2017-%D1%80>

438. Про співробітництво територіальних громад: Закон України від 17.06.2014 № 1508-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1508-18#Text>

439. Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу



охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. № 1077. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF#Text>

440. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

441. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я від 22.07.2009 № 529. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1004-09#Text>

442. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

443. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування територіальної організації влади в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04.2014 № 333-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text>

444. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>

445. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 № 383-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80#Text>

446. Про удосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11>

447. Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні: наказ МОЗ України від 31.12.2003 № 641/84 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va641282-03#Text>

448. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні: наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20/print>

449. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Закон України від 23.12.1997 № 776/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/776/97-%D0%B2%D1%80#Text>

450. Про утворення Ради бізнес-омбудсмена: постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 26.11.2014 № 691. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/691-2014-п#Text>

451. Про утворення урядових комітетів та затвердження їх посадового складу: постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2020 № 396. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/396-2020-п#Text>

452. Програма діяльності Кабінету Міністрів України: постанова Кабінету Міністрів України від 12.06.2020 № 471. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/471-2020-%D0%BF#Text>

453. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantij\\_vprovadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf)

454. Проект ЄС Twinning № UA/47b «Впровадження кращого європейського досвіду з метою посилення інституційного потенціалу Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини для захисту прав і свобод людини». URL: [http://www.twinning-ombudsman.org/wp-content/uploads/2017/03/UA\\_Report-3.3-S.-Kavalne-1.pdf](http://www.twinning-ombudsman.org/wp-content/uploads/2017/03/UA_Report-3.3-S.-Kavalne-1.pdf)

455. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення прав та інтересів дітей, а також осіб, визнаних недієздатними, у сфері охорони здоров'я від 10.06.2020 № 3625. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=69088](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=69088)

456. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України від 07.08.2014. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/gromadska-rada/obgovorennya/6220-kontseptsiya-pobudovi-novoji-natsionalnoji-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-ukrajini>
457. Проект Концепції професійного ліцензування лікарів. URL: <https://www.apteka.ua/article/461045>
458. Проект Постанови про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє» від 18.05.2017 № 6467. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=61815](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61815)
459. Пушкін В. Я. Основні складові здоров'я. В. Я. Пушкін, А. О. Матвейчева, С. Р. Касяян, М. Ю. Кобенко. *Медсестринство*. 2015. № 4. С. 63–64.
460. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави. Видання 5-те, зі змінами. Навчальний посібник. Київ: Атіка. 2001. 176 с.
461. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави: навч. посіб. 10-е вид., доп. Львів: Край, 2008. 224 с.
462. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави: навчальний посібник. Вид. 9-е, зі змінами. Львів: Край. 2007. 192 с.
463. Ракша Н. С. Адміністративно-правове забезпечення права громадян на освіту: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Львів. 2007. 19 с.
464. Реанімація СЕС – відновлення нагляду чи новий розплідник корупції : оцінки експертів і парламентарів. AgroPolit.com: сайт. 13.03.2020. URL: <https://agropolit.com/spetsproekty/704-reanimatsiya-ses--vidnovlennya-naglyadu-chi-noviy-rozplidnik-koruptsiyi-otsinki-ekspertiv-ta-parlamentariv>
465. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / ред. Р. Б. Солтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос / пер. с англ. Москва: Весь Мир. 2002. 272 с.

466. Рекомендації комітету експертів ВООЗ. URL: [http://www.mif-ua.com/media/uploads/reading\\_books\\_pdf/o01104.pdf](http://www.mif-ua.com/media/uploads/reading_books_pdf/o01104.pdf)

467. Римаренко Ю. І., Мойсєєв Є. І., Олефір В. І. та ін. Адміністративна (поліцейська) діяльність органів внутрішніх справ (Загальна частина): підручник. Київ. *КНТ*, 2008. 816 с.

468. Рішення апеляційного суду Хмельницької області від 22.12.2014: справа № 674/638/14-ц, провадження № 22-ц/792/2492/14 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/42199422>

469. Рішення Городоцького районного суду Львівської області від 16.11.2010: справа № 2-129/2010 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/54874367>

470. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#n54>

471. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) положення третього речення частини першої статті 13 Закону України «Про психіатричну допомогу» (справа про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу) від 01.06.2016 № 2-рп/2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v002p710-16#Text>

472. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень шостого речення частини першої статті 13 Закону України «Про психіатричну

допомогу» від 20.12.2018 № 13-p/2018. URL:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v013p710-18#n37>

473. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) окремих положень частини другої статті 8, другого речення частини четвертої статті 16 Закону України «Про звернення громадян» (справа про звернення осіб, визнаних судом недієздатними) від 11.10.2018 № 8-p/2018. URL:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v008p710-18#top>

474. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) від 25.11.1998 № 15-рп/98. URL:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98#top>

475. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text>

476. Рішення Крюківського районного суду м. Кременчука Полтавської області від 16.03.2012: справа № 1615/677/2012 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/21938128>

477. Рішення у справі за конституційним поданням 58 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень пунктів 3, 4, 5, 6 статті 9, пунктів 3, 4, 5 статті 10, підпункту «г»

пункту 1 статті 24, пункту 3 статті 26 Закону України «Про організаційно-правові основи боротьби з організованою злочинністю», пункту 10 статті 14, статті 33-1 Закону України «Про комітети Верховної Ради України» від 10.06.2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v016p710-10#Text>

478. Рішення Чернівецького окружного адміністративного суду від 26.12.2017: справа № 824/845/17-а // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/71441895>

479. Рішення щодо України, винесені Європейським судом з прав людини. URL: <https://minjust.gov.ua/m/rishennya-schodo-ukraini-vineseni-evropeyskim-sudom-z-prav-lyudini>

480. Рішко Б. С. Актуальні проблеми та шляхи вдосконалення організації й діяльності Верховної Ради України / Рішко Б. С., Ребриш Л. І., Пильник В. В. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2015. С. 132–134.

481. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи: метод. рек. / авт. кол.: Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. Київ: НАДУ, 2013. 48 с.

482. Роль та функції місцевого самоврядування в системі публічної влади України / Ладонько Л. С., Кунденко А. В., Михайловська О. В., Філіпова Н. В. Теорія та практика державного управління. 2016. № 4. С. 1–6.

483. Роханський А. Права людини в галузі охорони здоров'я. Українська Гельсінська спілка з прав людини. 07.03.2017. URL: <https://helsinki.org.ua/prava-lyudyny-v-haluzi-ohorony-zdorov-ya-a-rohanskyj/>

484. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. 209 с.

485. Руснак Л. М. Правова природа поняття «охорона здоров'я». *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 1 (26). С. 109–112.

486. Сарыбаєва Г. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: телеологічний підхід та систематизація. *Jurnalul juridic national: teorie și practică* Numărul. 2018. № 1–2 (29). С. 72–75.

487. Семко С. О. Організаційні форми роботи представницьких органів місцевого самоврядування в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.02. Харків. 2011. 237 с.

488. Сенюта І. Щодо оформлення медичної документації при наданні медичної допомоги: окремі питання. *Медичне право*. 2020. № 1 (25). С. 104–105.

489. Сенюта І. Я. Актуальні правові питання у сфері стоматології. *Імплантологія. Парадонтологія. Остеологія*. 2019. № 3 (55). С. 12–16.

490. Сенюта І. Я. Лікарська таємниця в умовах COVID-19. URL: <https://medcom.unba.org.ua/publications/publications/print/5362-likars-ka-taemnicya-v-umovah-covid-19.html>

491. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*. Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18.04.2008, м. Львів. С. 277–283.

492. Сидорова проти Росії (Sidorova v. Russia): рішення Європейського суду з прав людини у справі від 28.05.2019. URL: <https://www.echr.com.ua/translation/sprava-sidorova-proti-rosi%20-%97-tekst-rishennya/>

493. Сировой М. Як поскаржитися на лікаря без скандалів та судової тяганини? URL: <http://khpg.org/1553629780>

494. Сідаш Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 1. С. 164–169.

495. Сіделковський О. Л. Комунальні та відомчі медичні заклади в системі єдиного медичного простору: невирішені проблеми адміністративно-правового регулювання. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. Вип. 4(29). Т. 2. С. 169–172.

496. Сізінцова Ю. Правові підстави надання медичними закладами інформації, що є предметом лікарської таємниці. *Право України*. 2020. № 3. С. 109–120.

497. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: підручник. 2-ге видання. Київ: Алерта; КНТ. 2010. 520 с.

498. Скалецька З. С. Співвідношення права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу. *Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки*. 2009. Т. 90. С. 91–93.

499. Скріпкін С. В. Правове регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Запоріжжя, 2019. 187 с.

500. Скріпкін С. В. Проблеми обрання оптимальної моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я України. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 2 (27). С. 137–142.

501. Славітич М. В., Гупало О. Г. Порівняльний аналіз моделей охорони здоров'я. *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова*. 2014. № 2/5 (19). С. 70–73.

502. Словник іншомовних слів / за ред. акад. АН УРСР О. С. Мельничука. 2-ге, вид., виправл. і допов. К.: Гол. Ред. Укр. Рад. Енцикл., 1985. 966 с.

503. Словник іншомовних слів. Принцип. URL: <https://www.jnsm.com.ua/cgi-bin/u/book/sis.pl?Qry=%EF%F0%E8%ED%F6%E8%EF>

504. Словник української мови: академічний тлумачний словник (1970-1980). URL: <http://sum.in.ua/s/forma>



505. Слонецький Б. І. Сучасні тенденції та перспективи розвитку невідкладної медицини в Україні. Б. І. Слонецький, І. С. Зозуля, О. А. Ткаченко, І. В. Вербицький *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/190237/suchasni-tendentsiyi-ta-perspektivi-rozvitku-nevidkladnoyi-meditsini-v-ukrayini>

506. Смірнова І. Примусові заходи медичного характеру. Деякі аспекти, на які необхідно звернути увагу при здійсненні захисту неосудної особи. URL: <https://www.hsa.org.ua/blog/prymusovi-zahody-medychnogo-harakteru-deyaki-aspekty-na-yaki-neobhidno-zvernuty-uvagu-pry-zdijsnenni-zahystu-neosudnoyi-osoby/>

507. Соловйова О. М. Доступність медичної допомоги. Юридичний науковий електронний журнал. 2017. № 4. С. 109–112.

508. Спалах кору триває. МОЗ закликає вакцинуватись. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/spalah-koru-trivae-moz-zaklikae-vakcinuvatis>

509. Співак М. В. Правове регулювання адміністративної відповідальності в галузі охорони здоров'я населення: автореф. дис. ...канд. юрид. наук.: 12.00.07. К., 2010. 16 с.

510. Співпраця з МВФ сприятиме подальшій трансформації медичної галузі. 2020. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/spivprasya-z-mvf-spriyatime-podalshij-transformaciyi-medichnoyi-galuzi-nszu>

511. Спільна діяльність органів державної влади і громадських організацій – успішне впровадження ОМС. URL: <https://forinsurer.com/public/03/04/28/431>

512. Статистика (Видавники документів). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/122146p2/stat/stru2#Stat>

513. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗ: Міжнародний документ від 22.07.1946. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_599/print](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599/print)

514. Стахура Б. І. Роль органів державної влади у забезпеченні прав людини і громадянина в демократичному суспільстві: теоретико-правовий вимір: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Львів, 2016. 180 с.

515. Стефанчук Р. О. Здоров'я фізичної особи як об'єкт її особистих немайнових прав. *Форум права*. 2007. № 1. С. 154–160.

516. Стефанчук Р. О., Янчук А. О., Стефанчук М. М., Стефанчук М. О., Блажівська Н. Є. Право на евтаназію: за чи проти? *Патологія*. 2018. Т. 15. № 3 (44). С. 390–395.

517. Стеценко С. Г. Адміністративне право України. Навч. посіб. К.: Атіка, 2007. 624 с.

518. Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2002–2005 гг. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67163/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_rus.pdf;jsessionid=132A307B52D8F0C8F29C0364429F0290?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67163/WHO_EDM_TRM_2002.1_rus.pdf;jsessionid=132A307B52D8F0C8F29C0364429F0290?sequence=5)

519. Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014–2023. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789244506097\\_rus.pdf;jsessionid=C45350D084613B4D18C6DE713DC0510E?sequence=11](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789244506097_rus.pdf;jsessionid=C45350D084613B4D18C6DE713DC0510E?sequence=11)

520. Ступаков И. Н., Елисеев М. Б., Самородская И. В. Значение медико-экономических стандартов в организации системы здравоохранения. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2002. № 4. С. 36–38.

521. Судова статистика: офіційний веб-портал Судової влади України. URL: [https://court.gov.ua/inshe/sudova\\_statystyka/rik\\_2019](https://court.gov.ua/inshe/sudova_statystyka/rik_2019)

522. Супрун У. Про бюджет на медицину в 2021 році. 02.12.2020. URL: <https://suprun.doctor/transformacziya/pro-byudzhnet-na-mediczinu-v-2021-roszi.html?=&page1603>

523. Сырых В. М. Понятие, структура и виды правовых исследований. *Методологические проблемы юридической науки: сб. материалов семинара, посвященного 10-летию кафедры теории и истории государства и права*

ЮУрГУ (г. Челябинск, 1 апр. 2011). Челябинск: издат. Центр ЮУрГУ, 2011. С. 4–18.

524. Сьогодні по країні ходять 5 тисяч ліцензованих цілителів / ТСН. Україна від 26.12.2011. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/sogodni-po-krayini-hodyat-5-tisyachlicenzovanih-ciliteliv.html>

525. Танривердієв І. М. Поняття й види методів адміністративно-правового забезпечення органами прокуратури України законності притягнення осіб до адміністративної відповідальності. *Право і суспільство*, 2015. № 4. С. 112–116.

526. Теорія держави і права України: навч. пос. / А. М. Колодій, В. В. Копейчиков, С. Л. Лисенков та ін.; за заг. ред. В. В. Копейчикова, С. Л. Лисенкова; МОН України, Акад. адвокатури України. К.: Юрінком Інтер, 2004. 367 с.

527. Теремецкий В. И., Ковальчук А. Ю., Федоренко Т. В., Орловская И. Г., Слюсар К. С. Формирование правовой базы для урегулирования различных видов взаимоотношений в сфере трансплантологии и её общих принципов. *Georgian Medical News*. № 2 (287) 2019. С. 147–152.

528. Теремецкий В. И., Музычук А. Н., Салманова Е. Ю., Казначеева Д. В., Кныш С. В. Укрепление договорных начал в правоотношениях между пациентом и лечебным заведением при реформировании системы здравоохранения в Украине. *Georgian Medical News*. № 11 (284) 2018. С. 155–159.

529. Теремецкий В. И., Чмелюк В. В., Мацюк В. Я., Галаган В. И., Удовенко Ж. В. Проблема обеспечения права на медицинскую помощь задержанного (содержащегося под стражей) лица в уголовном процессуальном законодательстве: опыт Украины и зарубежных стран. *Georgian Medical News*. 2019. № 11 (296). С. 154–159.

530. Теремецький В. І. Поняття, сутність та ознаки адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері оподаткування. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2012. № 1. С. 343–351.

531. Теремецький В. І. Форми адміністративно-правового регулювання податкових відносин в Україні. *Науковий вісник Чернівецького університету*. 2011. Вип. 604. Правознавство. С. 68–73.

532. Теремецький В. І., Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення прав паліативних пацієнтів: український та міжнародний досвід. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 2 (90). С. 170-181.

533. Теремецький В. І., Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення акредитації закладів охорони здоров'я. *Юридичний бюлетень*. 2019. Вип. 11. Ч. 2. С. 103–110.

534. Теремецький В. І., Муляр Г. В. Сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2020. № 43. С. 48–51.

535. Терешко Х. Правомірне розголошення медичної таємниці: деякі аспекти. *Право України*. 2020. № 3. С. 97–108.

536. Типове положення про громадську раду при міністерстві, іншому центральному органі виконавчої влади, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласній, Київській та Севастопольській міській, районній, районній у м. Києві та Севастополі державній адміністрації: постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 № 996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF#Text>

537. Типовий порядок обробки персональних даних: затверджений Наказом Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 08.01.2014 № 1/02-14. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1\\_02715-14](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1_02715-14)

538. Ткачук П. Роль і місце Конституційного Суду України у захисті основних прав і свобод людини / Ткачук П., Ткачук А. Вісник Конституційного Суду України. 2010. № 4. С. 118–131.

539. Толковый словарь русского языка: в 4 т./ под ред. Д. Н. Ушакова. Москва: Гос. Ин-т «Сов. энцикл.». Т. 2. 1040 с.

540. У Голландії піддали евтаназії фізично здорову дівчину з психічними відхиленнями URL: <https://religions.unian.ua/religionsworld/2379340-u-gollandiji-piddali-evtanaziji-fizichno-zdorovu-divchinu-z-psihichnimi-vidhilennyami.html>

541. У КСУ відбувся розгляд справи щодо конституційності закону про державні фінансові гарантії медичного обслуговування. Відділ комунікацій Конституційного Суду України та правового моніторингу. Офіційний веб-сайт Конституційного Суду України. 2020. URL: <http://www.ccu.gov.ua/novyna/u-ksu-vidbuvsya-rozglyad-spravy-shchodo-konstytuciynosti-zakonu-pro-derzhavni-finansovi>

542. У Нідерландах померла 17-річна дівчина, яка домагалася права на евтаназію. У 14 років вона стала жертвою згвалтування. URL: <https://hromadske.ua/posts/u-niderlandah-pomerla-17-richna-divchina-yaka-domagalasya-prava-na-evtanaziyu-u-14-rokiv-vona-stala-zhertvoyu-zgvaltuvannya>

543. У яких країнах Україна закуповує вакцини. URL: <https://moz.gov.ua/article/immunization/u-jakih-krainah-ukraina-zakupovue-vakcini>

544. Уварова Н. В. Проблеми реалізації права на охорону здоров'я у призмі медичної реформи в Україні. Цивільне право і процес: витоки, здобутки та перспективи розвитку: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 18–19 грудня 2020 р.). Київ: Київський регіональний центр. 2020. Ч. 1. С. 79–82.

545. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06.2014. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011)

546. Україна увійшла до п'ятірки найбільш нещасливих країн у світі. BBC News Україна: сайт. 15.01.2021. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-55673127>

547. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Резюме. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/425341/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Summary\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/425341/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Summary_Web.pdf)

548. Україні потрібен новий закон про забезпечення епідемічного благополуччя – експерти. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/2861857-ukraini-potriben-novij-zakon-pro-zabezpecenna-epidemicnogo-blagopolucca-ekspert.html>

549. Уряд відновив посаду головного санітарного лікаря України. URL: <https://zaxid.net/news/>

550. Устинов А. В., Вахненко С. В. Персональні дані в системі охорони здоров'я: аналіз законодавства. URL: <https://www.umj.com.ua/article/135215/personalni-dani-v-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-analiz-zakonodavstva>

551. Устінов О.В. Представлено детальний план реформування екстреної медичної допомоги. URL: <https://www.umj.com.ua/article/184710/predstavleno-detalnij-plan-reformuvannya-ekstrenoyi-medichnoyi-dopomogi>

552. Участь громадськості у процесі прийняття рішень на місцевому рівні: навчально-методичний посібник. ДП «Укртехінформ». Київ. 2013. 250 с.

553. Фальковський А. О. Аксіологічний підхід в методології сучасної юриспруденції: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.12. Одеса, 2011. 17 с.

554. Філософія права: підруч. для студ. юрид. вищ. навч. закл. / О. Г. Данильян, О. П. Дзьобань, С. І. Максимов та ін. / за ред. д-ра філос. наук, проф. О. Г. Данильяна. Харків: Право, 2009. 208 с.

555. Франків В. Де закінчується відповідальність лікарів і починається відповідальність перед ними. URL: [https://zib.com.ua/ua/142870-de\\_zakinchuetsya\\_vidpovidalnist\\_likariv\\_i\\_pochinaetsya\\_vidpo.html?fbclid=IwAR156AAUpDq6lYdws36eF1vfDMiKGNokSA1pJbzAWJKvRqO7nJnvujB5HNng](https://zib.com.ua/ua/142870-de_zakinchuetsya_vidpovidalnist_likariv_i_pochinaetsya_vidpo.html?fbclid=IwAR156AAUpDq6lYdws36eF1vfDMiKGNokSA1pJbzAWJKvRqO7nJnvujB5HNng)

556. Фрицький О. Ф., Авер'янов В. Б. Адміністративне право України. Київ: Юрид. думка, 2004. 129 с.

557. Хитра І. Я. Адміністративно-правове забезпечення діяльності банків в Україні. автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2011. 19 с.

558. Царенко А. В. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: автореферат дисс. ... докт. мед. наук: 14.02.03. Київ. 2020. 43 с.

559. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

560. Цуркан-Сайфуліна Ю. В. Владні засади права: філософсько-правові аспекти: монографія. Одеса: Фенікс. 2016. 358 с.

561. Чайка А. Кластерний підхід при співробітництві територіальних громад. 2019. URL: <https://samoorg.com.ua/blog/2019/09/11/klasterniy-pidhid-pri-spivrobitnitstvi-teritorialnih-gromad/>

562. Чернецький В. Ю. Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2012. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp\\_2012\\_2\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp_2012_2_22)

563. Чеховська І. В. Адміністративно-правове забезпечення державної сімейної політики в Україні: дис. ... докт. юрид. наук. Ірпінь, 2014. 535 с.

564. Чеховська І. В. Медичне право України: навч. посіб. Ірпінь: Університет ДФС України, 2020. 480 с. (Серія «На допомогу студенту УДФСУ», Т. 63).

565. Чеховська І. В., Білоусюк В. В. Правове регулювання ринку косметологічних послуг: порівняльно-правовий аналіз. Міжнародний юридичний вісник: актуальні проблеми сучасності (теорія та практика). 2019. Вип. 15. С. 101–111.

566. Чумак В. Як формувалася недовіра до щеплень. TRIGGER. URL: <http://trigger.in.ua/analitika/yak-formuvalasya-nedovirado-shheplen.html>

567. Шамич О. М. Співвідношення права людини на охорону здоров'я і права на життя в Україні. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2015. № 12. С. 219–233.

568. Шаповалова І. Б. Правовий статус органів місцевого самоврядування у сфері дотримання прав людини. Державне управління та місцеве самоврядування. 2018. С. 109–117.

569. Шатковська Г. І. Синергетика як метод дослідження складних відкритих систем. *Збірник наукових праць. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Педагогічна*. 2009. С. 331–334.

570. Шафранський В. В. Санітарно-епідеміологічне забезпечення населення як одна із важливих функцій громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2. С. 4–11.

571. Швець Ю. Ю. Реалізація особою конституційного права на охорону здоров'я: порівняльно-правове дослідження: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.02. Ужгород, 2019. 529 с.

572. Швець Ю. Зміст конституційного права особи на охорону здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 8. С. 135–138.



573. Швець Ю. Ю. Право особи на охорону здоров'я: гносеологічні підходи. *Конституційно-правові академічні студії*. 2018. № 2. С. 79–86.

574. Шевченко А. Є., Кудін С. В. Розвиток прав людини в Україні та їх захист державою. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Права людини і національна безпека: роль органу конституційної юрисдикції» (м. Київ, 27 червня 2019 р.). Київ: КНУ імені Тараса Шевченка. С. 346–353.

575. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07: Київ, 2015. 20 с.

576. Шекера О. Г. Конституційні основи охорони здоров'я громадян в Україні. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. 2013. № 22 (4). С. 526–533.

577. Шестопалова Л. Теорія права та держави: посібник. К.: Паливода А.В., 2012. 255 с.

578. Шинкаренко О. Правова абетка: конституційна скарга. Громадське радіо: сайт. 28.06.2017. URL: <https://hromadske.radio/podcasts/pravova-abetka/pravova-abetka-konstytuciyna-skarga>

579. Шкапяк О. І. Критерії і параметри раціональної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Економічний аналіз*. 2014. № 1. Т. 15. С. 189–201.

580. Шпак І. В. Ліцензування медичної практики та акредитація закладів охорони здоров'я як складові управління та контролю якості медичної допомоги. *Главный врач: Специализир. информ. изд.* 2008. № 10. С. 65–75.

581. Шпак Ю. А. Поняття та види організаційних форм діяльності органів місцевого самоврядування. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Юриспруденція. 2013. Вип. 5. С. 58–62.

582. Щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування

населення» від 19.10.2017 № 2168-V (Голос України від 30.12.2017 № 248): Конституційне подання від 07.02.2018 № 04-03/6-93 URL: [http://www.ccu.gov.ua/sites/default/files/3\\_667\\_0.pdf](http://www.ccu.gov.ua/sites/default/files/3_667_0.pdf)

583. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні. 2019. URL: <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/publication/presentations/schorichna-dopovid-2019-r/>

584. Юридична відповідальність за порушення карантинних заходів: національний та зарубіжний досвід. URL: <https://medcom.unba.org.ua/publications/publications/print/5361-yuridichna-vidpovidal-nist-za-porushennya-karantinnih-zahodiv-nacional-nij-ta-zarubizhniy-dosvid.html>

585. Юринець В. Є. Методологія наукових досліджень: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. 178 с.

586. Юрківська О. В. Сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту ISO 9001. З чого розпочати? *Новости медицины и фармации*. 15 (509) 2014. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39168>

587. Який розмір прожиткового мінімуму у 2020 році. URL: [https://buh.ligazakon.net/aktualno/7267\\_prozhitkoviy-mnimum-2020](https://buh.ligazakon.net/aktualno/7267_prozhitkoviy-mnimum-2020)

588. Якимець Ю. В. Публічне адміністрування сферою культури: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 2012. 228 с.

589. Яковлев П. О. Функції державного регулювання у сфері забезпечення інформаційної безпеки в Україні. *Часопис Київського університету права*. 2020. № 1. С. 155–159.

590. Якубов'як В. Международный опыт стандартизации в здравоохранении. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2002. № 4. С. 3–5.

591. Ямненко Т. М., Процко М. М. Охорона здоров'я і право на недискримінацію та рівність. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. № 7. С. 157–159.

592. Яременко В. В., Сліпущко О. М. Новий тлумачний словник української мови: у 3-х т. Київ. *Аконіт*. 2008. 928 с.

593. 21st Century Cures Act of 2015. URL: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/34>

594. About medical insurance in Japan. URL: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryohoken/iryohoken01/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/iryohoken01/index.html)

595. Access to healthcare in European countries. 2017 Legal Report. URL: [https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/2017\\_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf](https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/2017_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf)

596. Act on Assurance of Medical Care for Elderly People Act No. 80 of 1982. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=1107&vm=&re=>

597. Act on Public Health Nurses, Midwives and Nurses Act No. 203 of 1948. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=378&vm=&re=>

598. Additional protocol to the American convention on human rights in the area of economic, social and cultural rights «Protocol of San Salvador». URL: <http://www.oas.org/juridico/english/Treaties/a-52.html>

599. African Charter on Human and Peoples Rights URL: <http://www.humanrights.se/wp-content/uploads/2012/01/African-Charter-on-Human-and-Peoples-Rights.pdf>

600. Alpers A, Lo B. Does it make clinical sense to equate terminally ill patients who require life sustaining interventions with those who do not? URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9169898>

601. An Act Entitled The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

602. Ana N. Barata, Yasuharu Tokuda, Henrique M.G.Martins Comparing healthcare systems: considering Japan and Portugal Comparação de sistemas de saúde: considerando o Japão e Portugal Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 30, Issue 2, July–December 2012, P. 180-192. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902512000338>

603. Australia's National Digital Health Strategy. URL: <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/2020-11/Australia%27s%20National%20Digital%20Health%20Strategy%20-%20Safe%2C%20seamless%20and%20secure.pdf>

604. Australian Government Department of Health. URL: <https://www.health.gov.au/resources/apps-and-tools/medical-costs-finder/medical-costs-finder#/choose-hospital-option>

605. Australian Institute of Health and Welfare Act 1987. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2018C00474>

606. Australian National Preventive Health Agency Act 2010. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00720>

607. Australian Organ and Tissue Donation and Transplantation Authority Act 2008. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00206>

608. Bentley v. Bureau of Professional and Occupational Affairs State Board of Cosmetology. URL: <https://caselaw.findlaw.com/pa-commonwealth-court/1890642.html>

609. Biosecurity Act 2015. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00127>

610. Bishop J. P. Euthanasia, efficiency, and the historical distinction between killing a patient and allowing a patient to die. *Journal of Medical Ethics*. 2006. Apr. № 32 (4) P. 220–224. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565787>

611. Bolgiani, I., Crivelli, L. & Domenighetti, G. (2006). The role of health insurance in regulating the Swiss health care system. *Revue française des affaires sociales*, P. 227-249.

612. Cancer Australia Act 2006. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2014C00376>

613. Carlo De Pietro, Igor Francetic, E-health in Switzerland: The laborious adoption of the federal law on electronic health records (EHR) and health information exchange (HIE) networks, *Health Policy*, Volume 122, Issue 2, 2018.

614. Characteristics of Japan's social security system. URL: [https://www.mhlw.go.jp/english/social\\_security/dl/social\\_security6-a.pdf](https://www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf)

615. Charter of fundamental rights of the European Union 2012/C 326/02. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>

616. Chekhovska I. V., Balynska O. M., Blahuta R. I., Sereda V. V., Mosondz S. O. Euthanasia or palliative care: legal principles of the implementation in the context of the realization of human rights to life. *Wiadomości Lekarskie* 2019, tom LXXII, nr 4. P. 677-681.

617. Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009. URL: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/2>

618. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

619. Commonwealth Serum Laboratories Act 1961. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00073>
620. Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985. URL: <https://www.govtrack.us/congress/bills/99/hr3128/text>
621. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>
622. Constitution of the World Health Organization. URL: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/constitution\\_of\\_health\\_en.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/constitution_of_health_en.pdf)
623. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.
624. Dental Benefits Act 2008. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00367>
625. Dental Practitioners Act Act No. 202 of 1948. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=377&vm=&re=>
626. Ehealth (telehealth). Government of the Netherlands. URL: <https://www.government.nl/topics/ehealth>
627. E-health Suisse. Swiss Competence and Coordination Centre of the Confederation and the Cantons. URL: <https://www.e-health-suisse.ch/en/home.html>
628. Epidemiological Studies (Confidentiality) Act 1981. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C01092>
629. Eric C. Schneider, Dana O. Sarnak, David Squires, Arnav Shah, and Michelle M. Doty. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. URL: <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/#chapter3>
630. Euro Health Consumer Index 2018. URL: <https://healthpowerhouse.com/publications/>

631. Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity. URL: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/evaluating-the-initial-impact-of-covid-19-containment-measures-on-economic-activity-b1f6b68b/>

632. Federal Constitution of 18 April 1999 of the Swiss Confederation. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/en>

633. Fighting Corruption in the Health Sector URL: [https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/democratic-governance/anti-corruption/fighting\\_corruptioninthehealthsector/](https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/democratic-governance/anti-corruption/fighting_corruptioninthehealthsector/)

634. Five Health Care Principles for Putting Patients First. National Health Council. URL: <https://nationalhealthcouncil.org/wp-content/uploads/2019/12/forms/5-healthcare-principals.pdf>

635. Food and Drug Administration. Laws Enforced by FDA. URL: <https://www.fda.gov/regulatory-information/laws-enforced-fda>

636. Global access to healthcare. Building sustainable health systems. URL: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/Globalaccesstohealthcare-3.pdf>

637. Global health security (GHS) Index Map. URL: <https://www.ghsindex.org/#1-section--map>

638. Global Health Security Index URL: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>

639. Health and Other Services (Compensation) Act 1995. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00384>

640. Health and Other Services (Compensation) Care Charges Act 1995. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00789>

641. Health Care Index by Country 2019. URL: [https://www.numbeo.com/health-care/rankings\\_by\\_country.jsp?title=2019](https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2019)

642. Health Care Quality Improvement Act of 1986. URL:  
<https://www.congress.gov/bill/99th-congress/house-bill/5540>

643. Health expenditure and financing 2018. URL:  
<https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

644. Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009. URL:  
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/coveredentities/hitechact.pdf>

645. Health Insurance (Pathology) (Fees) Act 1991. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00834>

646. Health Insurance Act 1973. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00383>

647. Health Insurance Act Act No. 70 of April 22, 1922. URL:  
<http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?ft=1&re=2&dn=1&x=43&y=17&co=01&ia=03&ja=04&ky=no.+123+of+december+17%2C+1997&page=17>

648. Health insurance for the aged and medical assistance July 30, 1965. URL:  
<https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-79/pdf/STATUTE-79-Pg286.pdf>

649. Health insurance portability and accountability Act of 1996. URL:  
<https://www.congress.gov/104/plaws/publ191/PLAW-104publ191.pdf>

650. Health Maintenance Organization Act May 21 1973. URL:  
<https://www.congress.gov/bill/93rd-congress/house-bill/7974>

651. Healthcare Identifiers Act 2010. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00040>

652. Healthcare in the United States: The top five things you need to know. URL:  
<https://medical.mit.edu/my-mit/internationals/healthcare-united-states>

653. Healthcare. URL: <https://www.healthcare.gov/>



654. Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief. RIVM Rapport 2018-0066. URL: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0066.pdf>
655. Het Nederlandse zorgstelsel. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>
656. History of the Right to Health Care <https://healthcare.procon.org/history-of-the-right-to-health-care/> URL: <https://healthcare.procon.org/history-of-the-right-to-health-care/>
657. Human Rights Principles. United Nations Population Fund. URL: <https://www.unfpa.org/resources/human-rights-principles>
658. Japan Health Policy NOW. Health Policy Players. URL: <http://japanhpn.org/en/section-2-3/>
659. Japan. International Health Care System profiles. URL: <https://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>
660. Japan: Staff Concluding Statement of the 2019 Article IV Mission. URL: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2019/11/24/mcs-japan-staff-concluding-statement-of-the-2019-article-iv-mission>
661. Jeugdwet van 1 maart 2014. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-07-01>
662. Key Evidence: Peer review initiated for Economic retaliation >70% of time. URL: <http://www.hcqia.net/opinions.html>
663. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239
664. Leger bryter retningslinjene – skriver ut malariamedisin til familie og venner. URL: <https://www.nrk.no/norge/leger-bryter-retningslinjene--skriver-ut-malariamedisin-til-familie-og-venner-1.14956832>

665. Lekhan V. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition. V. Lekhan, V. Rudyi, E. Richardson. 2010. Vol. 12. № 8. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108585>

666. Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (Loi relative à la recherche sur l'être humain, LRH) du 30 septembre 2011. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/fr>

667. Loi fédérale relative à la recherche sur les cellules souches embryonnaires (Loi relative à la recherche sur les cellules souches, LRCS) du 19 décembre 2003. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2005/104/fr>

668. Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH) du 8 octobre 2004. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/131/fr>

669. Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994. URL: [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr)

670. Loi fédérale sur l'assurance-maladie. URL: [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr)

671. Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/fr>

672. Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) du 8 octobre 2004. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/fr>

673. Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) du 19 juin 2015. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/fr>

674. Loi fédérale sur les professions de la santé<sup>1</sup> (LPSan) du 30 septembre 2016. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/fr>

675. Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd) du 23 juin 2006. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/537/fr>

676. Long-Term Care Insurance Act No. 123 of December 17, 1997. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=94&vm=02&re=>

677. M. Haverkate and others, Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. URL: <https://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N22/art20183.pdf>

678. Medicaid. URL: <https://www.medicare.gov/>

679. Medical Care Act Act No. 205 of July 30, 1948. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=2199&vm=04&re=02>

680. Medical Indemnity (Competitive Advantage Payment) Act 2005. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2005A00125>

681. Medical Indemnity (Prudential Supervision and Product Standards) Act 2003. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00234>

682. Medical Indemnity (Run-off Cover Support Payment) Act 2004. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00231>

683. Medical Indemnity Act 2002. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00242>

684. Medical Practitioners' Act Act No. 201 of July 30, 1948. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=2074&vm=&re=>

685. Medicare Guarantee Act 2017. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017A00071>

686. Medicare. URL: <https://www.medicare.gov/>

687. Medicare. URL: <https://www.servicesaustralia.gov.au/individuals/medicare>

688. Midwife Professional Indemnity (Commonwealth Contribution) Scheme Act 2010. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00225>

689. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie>

690. Monica Kirya. Anti-corruption in Covid-19 preparedness and response. URL: <https://www.u4.no/publications/anti-corruption-in-covid-19-preparedness-and-response.pdf>

691. My Health Record. URL: <https://www.myhealthrecord.gov.au/>

692. My Health Records Act 2012. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00372>

693. National advisory committees on immunization. URL: [www.who.int/immunization/sage/national\\_advisory\\_committees/en/](http://www.who.int/immunization/sage/national_advisory_committees/en/)

694. National Cancer Screening Register (Consequential and Transitional Provisions) Act 2016. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016A00066>

695. National Health Act 1953. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2021C00047>

696. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=2453&vm=&re=>

697. National Health Insurance Act. URL: [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=333AC0000000192\\_20201001\\_501AC0000000009](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=333AC0000000192_20201001_501AC0000000009)

698. National Health Reform Act 2011. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C01050>

699. National Health Security Act 2007. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2021C00048>

700. National Institute of Population and Social Security Research (IPSS). Population and Social Security in Japan 2019. URL: <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/pssj/pssj2019.pdf>

701. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_289640\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/)

702. Nisii C. The European network of Biosafety-Level-4 laboratories: enhancing European preparedness for new health threats C. Nisii , C. Castilletti, A. Di Caro, M. R. Capobianchi, D. Brown, G. Lloyd, S. Gunther, A. Lundkvist, M. Pletschette and G. Ippolito. *Clinical microbiology and infection*. 2009. Vol. 15, Iss. 8, August P. 720–726.

703. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1612581490&id=id&accname=guest&checksum=29EB40DBCDF5D1AE68114F74DA3A4587>

704. Office of Global Affairs. URL: <https://www.hhs.gov/about/agencies/oga/index.html>

705. Ohio State Board of Cosmetology – Ohio Administrative Rules. URL: <https://ohiosalonassociation.com/advocacy/rules/>

706. Overview of Medical Service Regime in Japan. URL: [https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/dl/01\\_eng.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/dl/01_eng.pdf)

707. Patient safety and quality improvement Act of 2005. URL: <https://www.congress.gov/109/plaws/publ41/PLAW-109publ41.pdf>

708. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring report. URL: [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/uhc\\_report\\_2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1)

709. Principia Mathematica. Stanford Encyclopedia of Philosophy. URL: <https://plato.stanford.edu/entries/principia-mathematica/>

710. Principles of Primary Health Care. URL: <https://www.von.ca/en/principles-primary-health-care>

711. Regulation entrepreneurial behaviour in European health care systems / edited by Richard B. Saltman, Reinhard Busse, and Elias Mossialos. DC: World Health Organization, 2002. 240 c.

712. Reid T. R. Four Basic Models of Health Care. *The Change Agent*. March 2009. P. 26–27. URL: <https://changeagent.nelrc.org/wp-content/uploads/2018/05/Four-Basic-Models-of-Health-Care.pdf>

713. Reinhard Busse, Niek Klazinga, Dimitra Panteli, Wilm Quentin. Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

714. Rights of the Unvaccinated Child: Criminal Law. URL: <https://shotofprevention.com/2014/02/25/rights-of-the-unvaccinated-child-criminal-law/>

715. Rijksoverheid. Health insurance. URL: <https://www.government.nl/topics/health-insurance>

716. Rijksoverheid. Het Nederlandse zorgstelsel. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>

717. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringstelsel-in-nederland>

718. Rijksoverheid. Waarvoor ben ik verzekerd via het basispakket van de zorgverzekering? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

719. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S. et al. Japan health system review. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

720. Schedule of civil penalties – cosmetologists, nail technicians, estheticians, natural hair braiders, salons. URL: <https://www.pacode.com/secure/data/049/chapter43b/s43b.5.html>

721. States Say Some Doctors Stockpile Trial Coronavirus Drugs, for Themselves. URL: <https://www.nytimes.com/2020/03/24/business/doctors-buying-coronavirus-drugs.html>

722. Statistical Handbook of Japan 2020. URL: <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2020all.pdf#page=17>

723. Statline. Bevolkingsontwikkeling; regio per maand. URL: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37230ned/table?fromstatweb>

724. Stefanie Hostettlera, Esther Kraft. FMH-Ärzttestatistik 2019 –hohe Abhängigkeit vom Ausland. URL: <https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerzttestatistik-2019.pdf>

725. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. URL: <https://www.samhsa.gov/>

726. Tatara K, Okamoto E. Japan: Health system review. Health Systems in Transition, 2009; 11(5): 1–164.

727. Teremetskyi V., Dmytrenko E., Burya L., Grynenko S., Kovalenko E. Health Care Sector’s Financial, Civil, Criminal and Administrative Liability in EU Member States and Ukraine: Results of Comparative Research. Georgian Medical News No 5 (302) 2020. p. 160–167/

728. The 2020 Best Countries rankings. URL: <https://www.usnews.com/news/best-countries/quality-of-life-rankings>

729. The Agency for Healthcare Research and Quality’s. URL: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/index.html>

730. The Agency for Toxic Substances and Disease Registry. URL: <https://www.atsdr.cdc.gov/>

731. The Australian health system. URL: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>

732. The Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/>

733. The Centers for Medicare & Medicaid Services. URL: <https://www.cms.gov/>

734. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). The Office of the High Commissioner for Human Rights. URL: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CESCR/Pages/Membership.aspx>

735. The Constitution of Japan November 3, 1946. URL: [https://japan.kantei.go.jp/constitution\\_and\\_government\\_of\\_japan/constitution\\_e.html](https://japan.kantei.go.jp/constitution_and_government_of_japan/constitution_e.html)

736. The Control and Anti-Corruption Authority initiates a number of criminal cases. URL: <https://www.spa.gov.sa/viewfullstory.php?lang=en&newsid=2076460>

737. The EU Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare was adopted on 19th January 2011. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>

738. The European Vaccine Action Plan 2015–2020 (EVAP). WHO. Regional Committee for Europe. 64th session. Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/253730/64wd15e\\_EVAP\\_140459.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf)

739. The Food and Drug Administration. URL: <https://www.fda.gov/>

740. The Health Resources and Services Administration. URL: <https://www.hrsa.gov/>

741. The Indian Health Service. URL: <https://www.ihs.gov/>

742. The Japan Council for Quality Health Care. URL: <https://jcqhc.or.jp/en/>



743. The legatum prosperity index 2019. URL: <https://www.prosperity.com/rankings>
744. The Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. URL: <https://www.mhlw.go.jp/english/index.html>
745. The National Institutes of Health. URL: <https://www.nih.gov/>
746. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. URL: <https://www.healthit.gov/>
747. The U.S. Department of Health and Human Services. URL: <https://www.hhs.gov/>
748. U.S. national health expenditure as percent of GDP from 1960 to 2019. URL: <https://www.statista.com/statistics/184688/us-national-health-expenditure-since-1960/>
749. Vladislav I. Teremetskyi, Serhii V. Knysh, Vasyl M. Stratonov, Oleksandr M. Khramtsov, Mykola V. Stashchak. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 4. P. 711–715.
750. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg van 7 oktober 2015. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2020-01-01>
751. Wet langdurige zorg van 3 december 2014. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2021-01-01>
752. Wet maatschappelijke ondersteuning van 9 juli 2014. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2020-07-01>
753. Wet publieke gezondheid van 9 oktober 2008. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2021-01-09>
754. What countries have the best healthcare in the world? URL: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>
755. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. URL: <https://covid19.who.int/>

756. Why health insurance is important. Protection from high medical costs.  
URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/>

757. Zorgverzekeringswet Geldend van 01-01-2006 t/m 30-09-2006. URL:  
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2006-01-01/1/>

758. Zorgverzekeringswet van 16 juni 2005. URL:  
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2021-01-01>

**ДОДАТКИ****Додаток А****СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:***Монографії:*

1. Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: монографія. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2020. 388 с.

2. Муляр Г. В. Актуальні питання медичного права України. Конституційні основи забезпечення права людини на здоров'я: порівняльно-правовий аспект // Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи : монографія / за заг. ред. В. М. Ждана, І. А. Голованової. Полтава : Техсервіс, 2020. С. 170–183.

*Статті у наукових фахових виданнях України:*

3. Муляр Г. В. Етичні та правові принципи взаємовідносин між медичним працівником та пацієнтом. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. Вип. 1. Т. 4. С. 153–157.

4. Муляр Г. В. Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів (міжнародна практика). *Наше право*. 2018. № 3. С. 102–107.

5. Муляр Г. В. Проблеми адміністративно-правового забезпечення ліцензування господарської діяльності з медичної практики. *Наукові записки*. Серія: Право. 2019. Вип. 6. Спецвипуск. С. 65–70.

6. Муляр Г. В. Програмне регулювання та стратегічне планування у сфері охорони здоров'я. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2019. № 4. С. 129–138.

7. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення акредитації закладів охорони здоров'я. *Юридичний бюлетень*. 2019. Вип. 11. Ч. 2. С. 103–110.

8. Муляр Г. В. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*. 2020. № 1–2. С. 43–52.

9. Муляр Г. В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 97–100.

10. Муляр Г. В. Методи дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Журнал східноєвропейського права*. 2020. № 75. С. 102–110.

11. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2020. № 43. С. 48–51.

12. Муляр Г. В. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини як суб'єкт забезпечення прав у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2020. Вип. 61. Т. 2. С. 16–19.

13. Ховпун О. С., Муляр Г. В. Медична реформа в сучасних умовах європейської міждержавної інтеграції: теоретико-методологічні аспекти. *Порівняльно-аналітичне право*. 2020. № 1. С. 397–400.

14. Муляр Г. В. Адміністративна відповідальність за порушення законодавства щодо захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я. *Правова позиція*. 2020. № 3. С. 45–49.

15. Муляр Г. В. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративно-правовий аспект. *Юридичний вісник*. 2020. № 1. С. 51–57.

16. Муляр Г. В. Правове регулювання отримання ліцензії на здійснення медичної практики. *Приватне та публічне право*. 2020. № 2. С. 97–101.

17. Муляр Г. В. Здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності з медичної практики. *Юридичний вісник*. 2020. № 2. С. 151–157.

18. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення прав паліативних пацієнтів: український та міжнародний досвід. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 2. С. 170–181.

19. Муляр Г. В. Забезпечення права на охорону здоров'я: міжнародно-правовий аспект. *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. 2020. Вип. 19. С. 103–111.

20. Муляр Г. В. Адміністративно-правове регулювання громадського контролю у сфері охорони здоров'я. *Наукові записки*. Серія: Право. 2019. Вип. 7. Спецвипуск. С. 69–74.

21. Муляр Г. В. Окремі аспекти забезпечення права на охорону здоров'я адміністративно-правовими засобами. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2020. № 3. С. 186–195.

22. Теремецький В. И., Муляр Г. В. Гармонізація діяльності національних судів з практикою ЄСПЛ в контексті захисту медичних прав. *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. 2020. Вип. 20. С. 101–112.

*Стаття в періодичному науковому виданні, що індексується БД Scopus:*

23. Муляр Г. В., Солоненко О. Н., Покальчук М. Ю., Плетнёва А. Е., Домброван Н. В. Правовое обоснование и перспективы реализации программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения в Украине. *Georgian Medical News*. 2020. № 7–8. С. 195–199.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

24. Муляр Г. В., Хоцяновська Н. Ф. Правові засоби забезпечення Верховним судом ефективних гарантій від свавілля в сфері застосування примусових заходів медичного характеру. Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я: матер. XVIII міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 21 берез. 2018 р.). Київ, 2018. С. 108–111.

25. Муляр Г. В., Ховпун О. С. Нормативно-правове регулювання проведення вакцинації в Україні. Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я: матер. XIX міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 20 берез. 2019 р.). Київ, 2019. С. 103–104.

26. Муляр Г. В. Сутність медичної допомоги у контексті реалізації та дотримання конституційних прав громадян. Правова доктрина, правоутворення та правозастосування: проблеми зв'язку та шляхи розвитку: тези доп. учасників наук. практ. конф. (м. Харків, 11 жовт. 2019 р.). Харків: Наук.-дослід. ін-т публ. політики і соц. наук, 2019. С. 96–100.

27. Муляр Г. В. Недоліки правового регулювання окремих прав пацієнтів при наданні медичної допомоги. Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку: міжнар. наук.-практ. конфер., (м. Харків, 6–7 березня 2020 р.). Харків: Східноукраїнська наукова юридична організація, 2020. С. 63–67.

28. Муляр Г. В. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Правова система України: матер. міжнар. наук.-практ. конфер. (м. Запоріжжя, 27–28 берез. 2020 р.). Запоріжжя: Істина, 2020. С. 82–85.

29. Муляр Г. В. Правове забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників: сучасний стан та перспективи удосконалення законодавства. Актуальні проблеми сучасної науки. XLII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конфер. (м. Вінниця, 6 квіт. 2020 р.). Ч. 11. Вінниця, 2020. С. 32–36.

30. Муляр Г. В. Щодо запровадження лікарського самоврядування в Україні. Актуальні питання економіки, фінансів, обліку і права в сучасних

умовах: збірник тез доповідей міжнар. наук.-практ. конфер. (м. Полтава, 16 квіт. 2020 р.): у 8 ч. Ч. 6. Полтава: ЦФЕНД, 2020. С. 26–28.

31. Муляр Г. В. Акредитація закладів охорони здоров'я: порівняльно-правовий аналіз. Міжнародні та національні правові виміри забезпечення стабільності: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17-18 квіт. 2020 р.). Ч. II. Львів: Центр правничих ініціатив, 2020. С. 65–68.

32. Муляр Г. В. Гарантії дотримання права людини на охорону здоров'я за умов проведення медичної реформи. Сучасні виклики та проблеми науки: XLIII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конфер. (м. Луцьк, 20 квіт. 2020 р.). Ч. 1. Луцьк, 2020. С. 46–51.

33. Муляр Г. В. Реалізація права на охорону здоров'я: ретроспектива та сучасність. Економіко-правові дискусії: I Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. студентів, аспірантів та молодих учених (м. Кропивницький, 30 квіт. 2020 р.). Кропивницький: Льотна академія Національного авіаційного університету. С. 244–247.

34. Муляр Г. В. Функції Верховної Ради України в сфері охорони здоров'я. Травневі правові читання: матер. I Всеукр.наук.-практ. конф. здобув. та викл. закл. вищ. осв. (м. Черкаси, 07 трав. 2020 р.). Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2020. С. 290–292.

35. Муляр Г. В. Медичні стандарти у системі охорони здоров'я: теоретико-правові підходи до розуміння змісту. Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених: тези доп. учасників наук.-практ. конф. (м. Харків, 15 трав. 2020 р.). Харків: МВС України, ХНУВС, 2020. С. 193–196.

36. Муляр Г. В. Роль органів місцевого самоврядування в забезпеченні права на охорону здоров'я. Сучасний розвиток державотворення та правотворення в Україні: проблеми теорії та практики: матер. IX Міжнар. наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти і молодих учених: зб. тез наук. праць (м. Маріуполь, 19 трав. 2020 р.). Маріуполь: МДУ, 2020. С. 182–185.

37. Муляр Г. В. Судові органи та прокуратура як суб'єкти захисту медичних прав. Шляхи реформування юридичних наук у європейський простір: теоретико-практичний аспект: збір. матер. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 19 трав. 2020 р.). Херсон: Гельветика, 2020. С. 66–69.

38. Муляр Г. В. Аксіологічний метод дослідження адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Реформування правової системи в контексті євроінтеграційних процесів: матер. IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми, 21–22 трав. 2020 р.). Суми: ННП Сумського державного університету. С. 45–48.



**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ  
ІНСТИТУТ  
ПУБЛІЧНОГО ПРАВА**  
вул. Г. Кірпи, 2 А, м. Київ, 03035  
Тел. 044 228-1031  
E-mail: [sipl@email.ua](mailto:sipl@email.ua)  
[sipl@i.ua](mailto:sipl@i.ua)  
[www.sipl.com.ua](http://www.sipl.com.ua)



**SCIENTIFIC INSTITUTE  
OF PUBLIC LAW**  
2 a, Kirpy str., Kyiv, 03035  
Tel. +38 044 228-1031  
E-mail: [sipl@email.ua](mailto:sipl@email.ua)  
[sipl@i.ua](mailto:sipl@i.ua)  
[www.sipl.com.ua](http://www.sipl.com.ua)

14.10.2020 № 3/46

Спеціалізованій вченій раді

#### ДОВІДКА

про впровадження у науково-дослідну діяльність НДПП результатів дисертаційного дослідження на тему «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» кандидата юридичних наук, доцента Муляр Галини Володимирівни

Повідомляємо спеціалізованій вченій раді, що результати докторської дисертації Муляр Галини Володимирівни на тему: «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» становлять вагомий внесок у розвиток юридичної науки і правозастосовної практики та використовуються Науково-дослідним інститутом публічного права під час проведення наукових досліджень в межах реалізації теми «Правове забезпечення прав, свобод та законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації № 0115U005495), розробки пропозицій і рекомендацій, спрямованих на удосконалення національного законодавства з питань оптимізації правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.

Віце-Президент,  
кандидат історичних наук, доцент



Ігор Пекаревіч

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА ДИТЯЧА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ЛІКАРНЯ «ОХМАТДИТ»  
(НДСЛ «ОХМАТДИТ»)**

01135, м. Київ  
В. Чорновола, 28/1

ЄДРПОУ: 01994089

тел: 236-69-42, факс: 236-61-65  
e-mail: ohmadet.asy@gmail.com

Від «11» 09 2020 р. № 145-В  
на № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА**

про впровадження в практику діяльність ОХМАТДИТ міста Києва результатів дисертаційного дослідження «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» доцента кафедри кримінального права, процесу та криміналістики Академії праці, соціальних відносин і туризму  
Муляр Галини Володимирівни

Сформульовані Муляр Г. В. висновки і пропозиції, що містяться в дисертації на тему «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» мають важливе практичне значення для вирішення низки проблемних питань, пов'язаних зі створенням умов і забезпеченням належних засобів для реалізації конституційного права кожного громадянина на реалізацію права на охорону здоров'я.

Незважаючи на вклад учених в розроблення тематики адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я виклики, пов'язані з пандемією COVID-19, виявили проблеми й означили нові напрями оновлення стану адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я.

Сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я потребує подальшого наукового дослідження й удосконалення, зокрема в напрямі розроблення правового регулювання правовідносин, що виникають під час пандемії особливо небезпечної інфекційної хвороби; встановлення системи уповноважених суб'єктів у сфері забезпечення реалізації права на охорону здоров'я; подолання розпорошеності й великої кількості нормативних актів у сфері охорони здоров'я шляхом їх систематизації, можливо і за допомогою інструментарію кодифікації.

Спробі вирішення цих питань і сприяло використання Муляр Г. В. результатів узагальнення практики діяльності органів державних та приватних медичних закладів, політико-правової публіцистики, судової практики, вивчення доктринальних досліджень у галузі адміністративного і медичного права, а також аналіз чинного законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні.

Дисертація має практичну спрямованість. Одержані результати можуть бути використані в практичній діяльності медичних працівників різних рівнів.

**В.о. головного лікаря**



**Довбня Ю.В.**



АКАДЕМІЯ ПРАЦІ,  
СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН І  
ТУРИЗМУ  
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ACADEMY OF LABOUR  
SOCIAL RELATIONS  
AND TOURISM  
LAW DEPARTMENT



«Затверджую»  
В.о. ректора Академії праці, соціальних  
відносин і туризму  
Сергій КОВАЛЕНКО  
«06» вересня 2020 року



### АКТ

**впровадження результатів дисертаційного дослідження доцента кафедри кримінального права, процесу та криміналістики Муляр Галини Володимирівни на тему «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» в освітній процес Академії праці, соціальних відносин і туризму**

Комісія у складі: декана юридичного факультету к.ю.н., доцента Я.В. Журавля – голови комісії, завідувача кафедри кримінального права, процесу та криміналістики к.ю.н., доцента О.С. Ховпуна – члена комісії, завідувача кафедри конституційного, адміністративного та фінансового права, д.ю.н., доцента Оніщика Ю.В. – члена комісії склала цей акт про те, що окремі наукові та практичні положення дисертаційної роботи «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук Г. В. Муляр використовуються в освітньому процесі при підготовці та проведенні семінарських і практичних занять зі студентами з дисциплін «Адміністративне право» та «Медичне право».

Результати наукового дослідження використані при підготовці семінарських занять та чотирьох лекцій на тему «Забезпечення реалізації права охорону здоров'я в умовах проведення медичної реформи» (загальним

обсягом 18 стор.), «Сучасний стан адміністративно-правового забезпечення реалізації права охорону здоров'я в Україні» (загальним обсягом 15 стор.), «Засоби адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» (загальним обсягом 16 стор.), «Адміністративно-правова відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я» (загальним обсягом 15 стор.). Крім того, студентам рекомендовано у процесі підготовки до занять з дисципліни «Адміністративне право» та «Медичне право України» використовувати як джерела літератури наукові публікації Г. В. Муляр, в яких відображено результати дослідження на тему «Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я».

**Голова комісії:**

декан юридичного факультету

к.ю.н., доцент



**Ярослав ЖУРАВЕЛЬ**

**Члени комісії:**

завідувач кафедри кримінального права, процесу та криміналістики

к.ю.н., доцент



**Олексій ХОВПУН**

завідувач кафедри конституційного, адміністративного та фінансового права

д.ю.н., доцент



**Юрій ОНІЩИК**

менеджер з персоналу  
О.В. Степченко

## МЕМОРАНДУМ

## ПРО СПІВПРАЦЮ І ПАРТНЕРСТВО

м.Київ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2020 року

БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ  
«МІЖНАРОДНИЙ БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД  
ГАРНИХ СПРАВ» (далі іменується - Сторона 1)  
в особі Президента Колісник Наталії Павлівни,  
яка діє на підставі Статуту, з одного боку та  
\_\_\_\_\_ (далі  
іменується – Сторона 2) в особі  
\_\_\_\_\_, що діє на  
підставі Статуту, з іншого боку (надалі разом  
іменуються «Сторони», а кожна окремо –  
«Сторона»), визнаючи необхідність об'єднання  
зусиль щодо сприяння законним інтересам  
бенефіціарів у сферах благодійної діяльності,  
уклали цей Меморандум про співробітництво та  
партнерство (далі іменується «Меморандум»)  
про наступне:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Предметом цього Договору є  
співробітництво Сторін, яке має своєю метою  
сприяння законним інтересам бенефіціарів у  
сферах благодійної діяльності, а саме:

- Практичне здійснення загальнодержавних, регіональних, місцевих та міжнародних програм, спрямованих на поліпшення соціально-економічного становища;
- поліпшення матеріального становища набувачів благодійної допомоги, сприяння соціальній реабілітації малозабезпечених, безробітних, інвалідів, інших осіб, які потребують піклування, а також подання допомоги особам, які через свої фізичні або інші вади обмежені в реалізації своїх прав і законних інтересів;
- сприяння розвитку культури, в тому числі

## MEMORANDUM

## OF COOPERATION AND PARTNERSHIP

Kyiv "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2020

The Good Deeds International Charity Foundation (hereinafter - Party 1) represented by the President Nataliia Pavlivna Kolisnyk, acting under the Charter, on the one hand and \_\_\_\_\_ (hereinafter - Party 2) represented by \_\_\_\_\_ acting under the Charter on the other hand (collectively the "Parties" and individually - "Party"), recognizing the need to unite efforts in promotion of the legitimate interests of the beneficiaries in the areas of charitable activity, have signed this Memorandum of Cooperation and Partnership (hereinafter referred to as the "Memorandum") about the following:

**1. SUBJECT OF THE MEMORANDUM**

1.1. The subject of the Memorandum is collaboration of the Parties, which aims to promote the legitimate interests of the beneficiaries in the areas of charitable activities, such as:

- practical implementation of national, regional, local and international programs aimed at improving the socio-economic status;
- improving the material conditions of charity beneficiaries and promoting social rehabilitation of the poor, the unemployed, the disabled and other people who need care, and provision of assistance to people who are limited in their rights and interests because of physical or other disabilities;
- promotion of culture, including the implementation

реалізації програм національно-культурного розвитку, доступності всіх верств населення, особливо малозабезпечених, до культурних цінностей та художньої творчості;

- сприяння охороні й збереженню культурної спадщини, історико-культурного середовища, пам'яток історії та культури;
- подання благодійної допомоги у розвитку видавничої справи, засобів масової інформації, інформаційної інфраструктури;
- сприяння розвитку природно-заповідного фонду та природоохоронної справи;
- сприяння розвитку масової фізичної культури, спорту і туризму, пропагування здорового способу життя, здійснення соціального догляду за самотніми, людьми похилого віку та іншими особами, які через свої фізичні, матеріальні чи інші особливості потребують соціальної підтримки та піклування;
- сприяння захисту материнства та дитинства, надання допомоги багатодітним та малозабезпеченим сім'ям;
- сприяння навчанню та розвитку, а також надання допомоги талановитій творчій молоді;
- всебічне сприяння підвищенню рівня моралі, культури, освіти та духовності в Україні та інших країнах;
- всебічне сприяння всесторонньому освітньому та культурному розвитку дітей в Україні й за кордоном, а також поліпшенню умов їх життя;
- всебічне сприяння поліпшенню умов життя незахищених верств населення в Україні;
- сприяння розвитку та реалізації державних, громадських і бізнес проєктів, спрямованих на розвиток та покращення соціальних умов населення України та інших країн;
- пошук, залучення та інвестиції коштів у розвиток громадських лідерів та соціальних підприємців, які розпочинають інноваційні суттєві проєкти та організації;
- участь у проєктуванні, організації та фінансуванні екологічних програм та охорони довкілля.

1.2. З метою здійснення конструктивного співробітництва Сторони домовилися про взаємодію і партнерство на некомерційній

of national cultural development, access for all sectors of the population , especially the poor, to cultural values and artistic creativity;

- promoting the protection and preservation of cultural heritage, historical and cultural environment, historical and cultural monuments ;
- charitable aid in the development of publishing industry, media, information infrastructure;
- promotion of natural reserves and environmental affairs;
- promotion of mass physical culture, sport and tourism, healthy lifestyles, participation in provision of social care for the lonely, elderly and other people who because of their physical , material or other features require social support and care;
- protection of motherhood and childhood, and providing assistance to low-income multi-child families;
- promotion of education and development as well as helping talented young people;
- increasing the level of morality, culture, education and spirituality in Ukraine and other countries;
- global support of an extensive educational and cultural development of children in Ukraine and abroad, as well as improving their conditions of life;
- comprehensive assistance to improvement of the living conditions of vulnerable people in Ukraine ;
- promoting the development and implementation of state, public and business projects aimed at the development and improvement of social conditions of the Ukrainian population;
- search, engagement and investment of funds in the development of community leaders and social entrepreneurs who launch important innovative projects and organizations;
- participation in the design, organization and financing of environmental programs and environmental protection.

1.2. For the purpose of constructive cooperation Parties agreed on cooperation and partnership on a noncommercial basis.

основі.

1.3. Діяльність Сторін здійснюється без утворення спільного майна та без отримання загального доходу.

1.4. У своїх взаєминах Сторони керуються законодавством України і цим Меморандумом.

1.5. Цей Меморандум не має на меті обмеження діяльності Сторін або створення сприятливих (неконкурентних) умов для діяльності окремих господарюючих суб'єктів.

## **2. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СПІВРОБІТНИЦТВА СТОРІН**

2.1. У рамках цього Меморандуму Сторони прагнуть будувати свої відносини на підставі рівності, партнерства та захисту прав і інтересів кожної із Сторін.

2.2. Співробітництво здійснюється на основі наступних принципів:

- рівноправності;
- взаємної вигоди;
- законності;
- взаємодопомоги;
- взаємних інтересів;
- оперативності;
- гласності співробітництва;
- дотримання суспільних інтересів;
- раціональності;
- конфіденційності інформації, отриманої в процесі співробітництва.

## **3. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ СПІВРОБІТНИЦТВА СТОРІН**

3.1. Основними напрямками співробітництва Сторін є:

- надання благодійної допомоги аматорським

1.3. Activities are carried out by the Parties without the formation of joint property and without obtaining total revenue.

1.4. In their relations the Parties shall be governed by the legislation of Ukraine and this Memorandum.

1.5. This Memorandum is not intended to restrict the activities of the Parties or to create favorable (non-competitive) conditions for individual businesses.

## **2. BASIC PRINCIPLES OF THE PARTIES COOPERATION**

2.1. Under this Memorandum the Parties shall endeavor to develop their relations on the basis of equality, partnership and protection of the rights and interests of each Party.

2.2. Cooperation is based on the following principles:

- equality;
- mutual benefit;
- rule of law;
- mutual aid;
- mutual interest;
- efficiency;
- publicity cooperation;
- compliance with the public interest;
- rationality;
- confidentiality of information obtained in the course of cooperation.

## **3. THE MAIN DIRECTIONS OF THE PARTIES COOPERATION**

3.1. The main areas of cooperation between the Parties are:

- providing charitable help to amateur sports

спортивним організаціям та клубам, спортсменам-аматорам, талановитим молодим спортсменам, у т.ч. для покриття витрат з придбання або оренди спортивного зняряддя та інвентарю, користування спортивними майданчиками, приміщеннями чи спорудами для проведення тренувань, забезпечення участі у спортивних змаганнях тощо;

- надання благодійної допомоги будинкам дитини, будинкам та школам-інтернатам, дитячим будинкам сімейного типу, школам соціальної реабілітації, притулкам для неповнолітніх, викладачам та вихователям цих закладів;

- надання благодійної допомоги закладам науки, освіти та культури, а також вченим, викладачам, студентам, учням, дикторам, артистам, талановитій творчій молоді;

- надання благодійної допомоги дітям, позбавленим батьківського піклування;

- надання благодійної допомоги будинкам для престарілих чи інвалідів;

- надання благодійної допомоги малозабезпеченим особам, які її потребують;

- надання благодійної допомоги фондам, благодійним, громадським та іншим неприбутковим організаціям;

- сприяння доступові всіх верств населення, особливо дітям-сиротам та дітям з малозабезпечених сімей, до культурних цінностей та художньої творчості;

- розроблення та підготовка радіо- та телепрограми, що пропагують принципи та ідеї Сторін;

- проведення конференцій, семінарів, зустрічей, тренінгів, масових заходів, що сприяють розвитку масової фізичної культури, спорту й туризму, пропагуванню здорового способу життя, підвищенню рівня моралі, культури, освіти та духовності в Україні та в інших країнах;

- отримання, транспортування власними або орендованими транспортними засобами та використання за цільовим призначенням гуманітарної допомоги, а також відправлення гуманітарної допомоги до інших держав у порядку, передбаченому Законом України "Про гуманітарну допомогу".

- обмін інформацією та спеціалістами Сторін.

organizations and clubs, amateur sportsmen, talented young athletes, including covering the costs of purchasing or renting sports equipment and inventory, use sports fields, rooms or buildings for training, ensuring participation in sports, etc;

- charitable aid to orphanages and boarding schools, family-type orphanages, schools rehabilitation, temporary shelter for teachers and educators of these institutions;

- the provision of charity care to scientific, educational and cultural institutions, as well as scientists, teachers, students, pupils, announcers, artists, talented youth;

- providing charitable assistance to children deprived of parental care;

- provision of charity care to the homes for the elderly or disabled;

- providing charitable assistance to people in need;

- providing charitable assistance to foundations, charitable, social and other non-profit organizations;

- promoting access for all populations, especially orphans and children from poor families, to the cultural values and artistic creativity;

- development and preparation of radio and television programs that promote the principles and ideas of the Parties;

- arranging conferences, seminars, meetings, trainings and events that contribute to the development of health care, mass physical culture, sport and tourism, healthy lifestyles, raise morality, culture, education and spirituality level in Ukraine and other countries;

- receive, transport by owned or leased vehicles and use humanitarian aid for the intended purposes, and also send humanitarian aid to other countries in the manner prescribed by the *On Humanitarian Assistance Law* of Ukraine.

- exchange of information and experts of the Parties.



#### 4. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН

4.1. У рамках співробітництва Сторони мають право і приймають на себе наступні зобов'язання:

4.1.1. Сторони мають право у відносинах співробітництва використовувати власний інтелектуальний ресурс, розробки і нововведення, репутацію, існуючі ділові зв'язки, професійні та управлінські якості своїх членів, спільний та інтелектуальний ресурс Сторін, а також інші відповідні нематеріальні активи.

4.1.2. Сторони мають право надавати один одному відкрити інформацію, яка має значення для співпраці.

4.1.3. Сторони зобов'язуються підтримувати ділові, а також громадські контакти та вживати всіх необхідних заходів для забезпечення ефективності та розвитку ділових, а також громадських зв'язків, всіляко сприяти розвитку інших форм співробітництва для досягнення зазначених у Меморандумі цілей.

4.1.4. Сторони зобов'язуються своєчасно забезпечувати один одного необхідними для виконання цього Меморандуму відомостями, матеріалами, документами та іншими необхідними даними у формі і в строки, які сприятимуть її оперативного використання.

4.1.5. У разі необхідності Сторони забезпечуватимуть взаємне фінансування спільних проєктів на безоплатній та безвідсотковій основі.

4.1.6. Сторони зобов'язуються утримуватися від дій, які можуть заподіяти матеріальну, моральну або іншу шкоду іншій Стороні.

4.1.7. Сторони несуть відповідальність, передбачену міжнародними нормами за невиконання чи неналежне виконання умов цього Меморандуму, а також за розголошення чи використання конфіденційної та іншої інформації, будь-яких документів чи відомостей у власних інтересах, у тому числі комерційних.

#### 5. ТЕРМІНИ, ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН

#### 4. THE RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

4.1. As part of the cooperation the Parties are entitled to take the following responsibilities :

4.1.1. The Parties are free to use for cooperation their own intellectual resources, development and innovation, reputation and existing business relationships, professional and managerial qualities of their members, mutual and intellectual resources which belong to the Parties, as well as other related intangibles.

4.1.2. The Parties can provide each other with open information that is important for cooperation.

4.1.3. The Parties undertake to maintain business and social contacts and to take all necessary measures to ensure the efficiency and the development of business and public relations, encourage the development of other forms of cooperation in order to achieve the objectives described in the Memorandum .

4.1.4. The Parties undertake to promptly provide each other with necessary for the implementation of this Memorandum information, materials, documents and other relevant data in the form and during the period, facilitating its operational use.

4.1.5. If necessary, the Parties shall provide mutual funding of the common projects for free and interest-free basis.

4.1.6. The Parties undertake to refrain from actions that could cause a material, moral or other damage to the other Party.

4.1.7. Parties liable under international standards for non-performance or improper performance of this Memorandum and the disclosure or use of confidential and other information, as well as any documents or information in their own interests, including commercial reasons.

#### 5. TERMS AND CONDITIONS FOR MAKING

## **I ДОПОВНЕНЬ ДО МЕМОРАНДУМУ**

5.1. Цей Меморандум не має терміну дії і дійсний з моменту його підписання Сторонами.

5.2. Сторони можуть припинити дію цього Меморандуму в будь-який час, письмово повідомивши про це іншу Сторону не пізніше ніж за один календарний місяць.

5.3. У разі припинення дії цього Меморандум заходи, які були розпочаті на підставі Меморандуму і не завершено протягом терміну його дії, тривають і завершуються згідно з умовами, які були раніше узгоджені Сторонами за винятком випадків, коли завершити ці заходи неможливо.

5.4. Положення цього Меморандуму можуть бути змінені або доповнені за згодою Сторін і оформлені додатками, які підписуються кожною зі Сторін і є частиною цього Меморандуму.

## **6. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ ТА КОМЕРЦІЙНА ТАЄМНИЦЯ**

6.1. Вся інформація, отримана Сторонами Меморандуму при вирішенні питань, пов'язаних (прямо чи опосередковано) з предметом цього Меморандуму; інформація, яка є закритою для однієї із Сторін і була відкрита іншій Стороні, є конфіденційною і становить таємницю, яку Сторони не мають права розголошувати без письмової згоди Сторін, а також використовувати проти іншої Сторони під загрозою застосування передбачених законодавством України санкцій.

6.2. Сторони гарантують одна одній, що під час дії Меморандуму та після закінчення його строку дії, не використовуватимуть у власних інтересах та/або в інтересах третіх осіб (включно комерційне розповсюдження, безоплатну передачу та ін.) інформацію, яка стала відомою внаслідок виконання Меморандуму та була визначена Сторонами як

## **CHANGES AND AMENDMENTS TO THE MEMORANDUM**

5.1. This Memorandum has no expiration date and is valid from the date of its signing by the Parties .

5.2. The Parties may terminate this Memorandum at any time by written notice to the other Party not later than one calendar month.

5.3. In case of termination of this Memorandum of measures that have been initiated on the basis of the Memorandum and not completed during the validation period, ongoing and completed under the terms of which have been previously agreed upon by the Parties except in cases where it is impossible to complete these steps.

5.4. The provisions of this Memorandum may be amended or supplemented with the consent of the Parties and formed with Appendixes that are signed by each Party as a part of this Memorandum.

## **6. CONFIDENTIALITY AND TRADE SECRETS**

6.1. All information received by the Parties of the Memorandum in matters related (directly or indirectly) to the subject matter of this Memorandum, the information which is closed for one of the Parties and was open to the other Party is confidential and secret, that Parties may not disclose without the written consent of the Parties, and also to use against the other Party under the threat of sanctions provided for by legislation of Ukraine.

6.2. Parties shall guarantee each other that during the Memorandum and after the period of its validity they will not use for their own benefit and/or for the benefit of third parties (including commercial distribution, transfer free of charge, etc.) information which has become known as a result of the Memorandum and was determined by the Parties as confidential.

конфіденційна.

## 7. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

7.1. Сторони можуть спільно здійснювати співробітництво з третіми сторонами.

7.2. Меморандум не зачіпає інші домовленості або угоди укладені Сторонами, а також будь-які угоди або домовленості між Сторонами та третіми сторонами.

7.3. Будь-які спірні питання щодо тлумачення або застосування цього Меморандуму вирішуватимуться на дружній основі шляхом консультацій і переговорів.

7.4. Меморандум складено при повному розумінні Сторонами його умов та термінології українською та англійською мовами у двох примірниках, які ідентичні і мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

## 8. МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ТА РЕКВІЗИТИ СТОРІН

### Сторона 1:

**Благодійна організація «Міжнародний благодійний фонд Гарних справ»**

Юридична адреса: 03150 м. Київ, вул. Червоноармійська, 72, офіс 6

Код ЄДРПОУ 33853059

р/рахунок 26009448519 в АТ «Райффайзен Банк Аваль» МФО 380805

Є благодійною організацією та внесена до реєстру неприбуткових установ та організацій.

Президент

\_\_\_\_\_  
/Н.П. Колісник/

## 7. FINAL PROVISIONS

7.1. Parties may jointly pursue cooperation with third parties.

7.2. The Memorandum does not affect other agreements or arrangements of the Parties as well as any agreements or accords between the Parties and the third parties.

7.3. Any disputes concerning the interpretation or application of this Memorandum shall be settled on the basis of friendly consultation and negotiation.

7.4. Memorandum is prepared with full understanding of its terms and conditions for the Ukrainian and English languages in two copies which are identical and have equal legal force, one for each Party.

## 8. LOCATION AND DETAILS OF THE PARTIES

### Party 1:

**The Good Deeds International Charity Foundation**

03150, Kyiv, Chervonoarmiyska Str., 72, room 6

USREOU 33853059

Correspondent bank: BIC: MIDLGB22  
HSBC BANK PLC, LONDON, GB  
acc. 26009448519

Public Joint-Stock Company "Raiffeisen Bank Aval JSC"

CORRESPONDENT ACCOUNT NUMBER:  
40-05-15 68445902

Beneficiary: 26006013014505

Mailing address: 03150, Kiev, Krasnoarmeyskaya Str., 72, floor 10, room 6

Is a charity organization and included to the register of the non-profit institutions and organizations

\_\_\_\_\_  
President

**Сторона 2:**

\_\_\_\_\_  
/Kolisnyk N.P./

**Party 2:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_/



## Продовження додатка

роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Інформацію надав лікар \_\_\_\_\_ “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, \_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованим планом лікування

|          |       |                       |
|----------|-------|-----------------------|
| _____    | _____ | “___” _____ 20__ року |
| (підпис) |       | (дата)                |

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ****НАКАЗ**26.01.2018

Київ

№ 148

Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

Відповідно до статті 35<sup>1</sup> та частини шостої статті 14<sup>1</sup> Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу тринадцятого підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267,

**НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Примірний таблицю матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2013 №1150 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О. В.

**В.о. Міністра****У. СУПРУН**



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

26.01.2018

Київ

№ 148

Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

Відповідно до статті 35<sup>1</sup> та частини шостої статті 14<sup>1</sup> Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу тринадцятого підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267,

#### **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Примірний таблицю матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2013 №1150 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О. В.

**В.о. Міністра**

**У. СУПРУН**



2

|   |                                   |   |   |   |
|---|-----------------------------------|---|---|---|
| Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові ланцети, одноразові рукавички) [2]   |                                   |   | 1 | 1 |
| Центрифуга [3]  | 1                                 |   |   |   |
| Набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах  |                                   |   | 1 | 1 |
| Одноразові малі хірургічні набори та одноразові інструменти для огляду [4]  | Відповідно до розрахованих потреб |   |   |   |
| Розхідні матеріали одноразового використання: шпатель, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки (в тому числі вологі), одноразові простирадла для кушетки, шприці, катетери, вакуумні пробірки (вакутайнери), стерильний перев'язувальний матеріал тощо | Відповідно до розрахованих потреб |   |   |   |
| Контейнери: для інструментарію, витратних матеріалів тощо   | Відповідно до розрахованих потреб |   |   |   |
| Швидкі тести: вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо   | Відповідно до розрахованих потреб |   |   |   |
| Сумка лікаря/медсестри  |                                   |   | 1 | 1 |
| Сумка-холодильник з набором акумуляторів холоду   | 1                                 |   |   |   |
| Холодильник для зберігання лікарських засобів   | 1 і більше                        |   |   |   |
| Кушетка, в тому числі кушетка-трансформер (гінекологічне крісло)  |                                   | 1 |   |   |

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| Шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів  |  | 1 |   |   |
| Сповивальний столик (для зали очікування)   | 1  |   |   |   |
| Офісні меблі: столи для персоналу, стільці та (або) крісла для кабінетів і зал очікувань, шафи для документів і одягу, сейфи тощо             | Відповідно до кількості робочих місць персоналу та кількості пацієнтів |   |   |   |
| Комп'ютерне обладнання: комп'ютер з операційною системою та доступом до мережі Інтернет, багатофункціональний пристрій (або принтер + сканер) | Відповідно до кількості робочих місць персоналу                        |   |   |   |
| Спеціальне (прикладне) програмне забезпечення для ПМД   | Відповідно до кількості робочих місць персоналу                        |   |   |   |
| Канцелярське приладдя, витратні матеріали для комп'ютерного обладнання (папір, картриджі тощо)  | Відповідно до розрахованих потреб                                      |   |   |   |
| Автомобіль легковий повнопривідний (підсилювач керма та гальм) або легковий (підсилювач керма та гальм) [5]                                   |  |   | 1 |   |
| Транспортний засіб (мотоцикл, квадроцикл, мотороллер) або велосипед [6]   |  |   |   | 1 |
| <b>II. Додатковий список (застосовується за умови комплектності основного списку та відповідно до наявних потреб)</b>                         |  |   |   |   |
| Спірометр   |  | 1 |   |   |
| Небулайзер  |  |   | 1 |   |
| Мікроскоп   | Відповідно до кількості робочих місць персоналу лабораторії            |   |   |   |

4

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| Гематологічний аналізатор  | 1   |   |  |  |
| Біохімічний аналізатор   | 1   |   |  |  |
| Лабораторний посуд, дозатори, витратні матеріали   | Відповідно до кількості робочих місць персоналу лабораторії |   |  |  |
| Освітлювач переносний безтіньовий  |   | 1 |  |  |
| Стіл для інструментів, мобільний   |   | 1 |  |  |
| Холодильник для зберігання вакцин  | 1 і більше  |   |  |  |
| Сповивальний столик  |   | 1 |  |  |
| Ширма  |   | 1 |  |  |
| Ноші медичні   | 1   |   |  |  |
| Крісло-каталка   | 1   |   |  |  |
| <b>III. Обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини</b>   |   |   |  |  |
| Загальна оглядова цифрова камера (автофокус, цифровий зум, поляризаційний фільтр, автобаланс білого)                                 |   | 1 |  |  |
| Набір цифрових «скопічних» систем із генератором світла (дерматоскоп, офтальмоскоп, отоскоп, назо-фарингоскоп, сінускоп, кольпоскоп) | 1   |   |  |  |
| Інтерактивний цифровий стетоскоп   |   | 1 |  |  |
| Монітор життєво-важливих показників із цифровим інтерфейсом (АТ, термометрія, пульсоксиметрія)                                       | 1   |   |  |  |
| 12-канальний електрокардіограф з цифровим інтерфейсом  | 1   |   |  |  |

Примітки:

[1] Критерієм вибору конкретних моделей електронного обладнання має бути можливість запису та (або) передачі отриманих результатів в електронному вигляді для використання, в тому числі в телемедицині, наявність в комплекті необхідного програмного забезпечення, а також можливість проведення навчання медичних працівників (за необхідності).

[2] У комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами.

[3] У разі організації пункту забору крові для аналізів і забезпечення логістичних потреб.

[4] Замість одноразових малих хірургічних наборів та одноразових інструментів для огляду можуть використовуватися багаторазові малі хірургічні набори та багаторазові інструменти для огляду за умови наявності стерилізатора.

[5] Для організації медичного обслуговування пацієнтів за місцем проживання (перебування). Кількість може бути меншою і визначається необхідністю забезпечити можливість надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнтів. Визначення типу автомобіля (з повним приводом або без такого) залежить від стану доріг. При плануванні закупівель необхідно враховувати додаткові витрати: оплата водія, страхівка, реєстрація, паливо, технічне обслуговування тощо. Допускається використання альтернативних варіантів: оренда, лізинг тощо.

[6] При потребі організації надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнтів, зокрема у сільській місцевості та в міських умовах малоповерхової забудови.

**В.о. директора  
Медичного департаменту**

**А.О. Гаврилюк**

**Додаток Е**Додаток 3  
до Порядку

## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

серія \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

## АКРЕДИТАЦІЙНИЙ СЕРТИФІКАТ

\_\_\_\_\_ категорія

\_\_\_\_\_  
(найменування комісії, що видала сертифікат)\_\_\_\_\_  
(назва закладу охорони здоров'я)\_\_\_\_\_  
(адреса (адреси) закладу охорони здоров'я)

Строк дії сертифіката \_\_\_\_\_

Дата та номер рішення про акредитацію  
закладу \_\_\_\_\_

(дата та номер наказу)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(дата видачі сертифіката)

Реєстраційний номер \_\_\_\_\_

Голова комісії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Секретар комісії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

М.П.