

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

УДК 351.77:614-084

БІЛИЙ ДМИТРО ОЛЕГОВИЧ

**ДИСЕРТАЦІЯ
АДМІНІСТРАТИВНО – ПРАВОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ
МЕДИЧНОЇ СФЕРИ**

Спеціальність 081 – Право

Подається на здобуття наукового ступеня **доктора філософії**

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

_____ **Д.О. Білий**

Науковий керівник – **Кузьменко Оксана Володимирівна**, доктор юридичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України

Київ – 2022

АНОТАЦІЯ

Білий Д.О. Адміністративно – правовий захист прав пацієнтів медичної сфери. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 – Право. – Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана; Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана, Київ, 2022.

У дисертації здійснено комплексне та системне дослідження адміністративно – правового захисту прав пацієнтів медичної сфери.

Досліджено генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів: *I. давньоруський період (IX-XIII ст.)* характеризувався: 1) відсутністю засобів лікування; 2) появою нетрадиційних методів лікування з метою полегшити біль та лікування; 3) утворення перших медичних закладів; 4) розподіл лікарської справи за спеціальностями; 5) диференціація якості медичної допомоги залежно від соціального та економічного стану особи; *II. період розвитку медицини і формування прав пацієнтів в правових актах (1240 – 1780)* характеризувався: 1) створення спеціалізованих навчальних закладів для навчання лікарів; 2) створення лікарняних палат при монастирях та цілих монастирів лікувального спрямування; 3) створення медичних шкіл та поява аптек; 4) необхідністю надання медичної допомоги не лише особам, які зазнали каліцтв, отримали рани та поранення під час бою, але й здійснення профілактики та боротьба з інфекційними епідеміями; *III. новітній період (XVII - XIX ст.)* - в даний період було створено наступні медичні заклади освіти: Єлисаветградська медико-хірургічна школа; Львівський медичний колегіум і медичний факультет Львівського університету; Київський медичний інститут. Розвивалася реміснича (цехова) медицина, яка була спрямована на боротьбу з епідеміями, а також фармація (розвиток аптечної справи); *IV. період української державності (1917-1921 рр.)* захистом прав пацієнтів займався спеціально створений орган державної

влади, питаннями охорони здоров'я опікувалися також земства, міські думи і управи; широкого поширення набула фабрично-заводська медицина; *V. радянський період (1922-1991 рр.)* в даний період сформувалася консервативна модель захисту прав пацієнтів, що пов'язано з існуванням закладів системи охорони здоров'я, нормативно-правовим регулюванням права громадян на охорону здоров'я, збільшенням кадрового потенціалу, розвитком медицини в цілому, створення централізованої ієрархічно побудованої системи органів державної влади в сфері охорони здоров'я. Визначено, що право пацієнтів на охорону здоров'я є головним конституційним правом особи; *VI. період формування захисту прав пацієнтів в Україні (з 1991 р. по 2015 р.):* 1) наявність сучасного законодавства щодо правової регламентації видів прав пацієнтів; 2) виникнення можливості медичного страхування; 3) централізована система органів публічної адміністрації щодо захисту прав пацієнтів; 4) наявність бюджетного та позабюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, що безпосереднім чином впливає на якість та обсяг медичних послуг, які отримують пацієнти; 5) виникнення можливості та, що головне правової регламентації захисту пацієнтами своїх прав шляхом оскарження; 6) поява судової практики захисту прав пацієнтів; 7) переважання державної медицини над самофінансованою; 8) створення розгалуженої системи закладів охорони здоров'я; *VII. сучасний період з 2016 року по теперішній час* характеризується законодавчим утвердженням прав пацієнтів та здійсненням реформаційних перетворень в системі охорони здоров'я; визначенням системи прав пацієнтів та юридичних гарантій їх захисту; удосконаленням системи медичного страхування; запровадженням системи співфінансування медичних послуг, що негативно вплинуло на захист прав пацієнтів; виникнення спеціалізації «медичне право»; поява судової практики захисту прав пацієнтів; впровадження соціальних програм захисту прав пацієнтів.

Зазначено, що адміністративно-правовий захист прав пацієнтів – це діяльність уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, що спрямована

на безперешкодне, своєчасне, високопрофесійне, безперервне надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також у притягненні осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

Визначено, що пацієнт – це учасник адміністративно-правових правовідносин, який звернувся до закладу охорони здоров'я з метою отримання діагностичної, лікувальної, профілактичної та іншого виду медико-біологічної допомоги та захисту своїх прав і законних інтересів в сфері охорони здоров'я.

З'ясовано, що особливостями адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: 1. є природнім правом особи, яке спричинило виникнення ряду похідних прав - право на лікарські засоби; право на первинну та вторинну лікарську допомогу; право на післямедичну допомогу; право на отримання медичних послуг (як платних, так і безоплатних); реабілітаційних послуг; право на якісне медичне обслуговування; право на свободу вибору; право на безпеку тощо; 2. нормативною підставою адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є загальне та спеціальне законодавство. Відзначено, що в нормах спеціального законодавства не достатньо урегульовано досліджувана сфера; 3. формами захисту прав пацієнтів є традиційні судовий та позасудовий; 4. пацієнт є учасником адміністративно-правових відносин, що виникають в сфері охорони здоров'я між ним та закладом охорони здоров'я; 5. здійснюється системою суб'єктів публічної адміністрації та громадськими організаціями.

Зазначено, що механізм адміністративно-правового захисту прав пацієнтів – це комплексна категорія адміністративного права, що являє собою систему взаємопов'язаних самостійних складових, що сприяють захисту фізичних осіб від дій, рішень, бездіяльності суб'єктів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, їх посадових та службових осіб, а також керівників та працівників закладів охорони здоров'я.

Визначено, що нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери - це система міжнародних правових актів та актів національного законодавства, які урегульовують публічно-правові відносини з захисту прав пацієнтів шляхом застосування адміністративно-правових засобів і пов'язаний із встановленням конкретних прав й обов'язків суб'єктів відповідних відносин.

Доведено необхідність розроблення та прийняття закону України «Про захист пацієнтів».

Визначено, що публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери – це система органів виконавчої влади та органів, які виконують делеговані повноваження в сфері охорони здоров'я, метою діяльності яких є гарантування конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення своєчасного, безперервного, високопрофесійного надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також притягнення осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

Доведено необхідність утворення при юридичному департаментів Міністерства охорони здоров'я України Відділу з захисту прав пацієнтів. При цьому, функціонування даного підрозділу повинно бути централізованим за ієрархічним принципом, тобто відділи з захисту прав пацієнтів повинні бути створені також і в структурі органів, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України.

На підставі вивчення міжнародного досвіду високорозвинених країн щодо захисту прав пацієнтів пропонуємо наступне: 1) запровадження в Україні компетенційно структурованої системи органів та установ захисту прав пацієнтів: а) запровадження посади омбудсмена при центральному органі виконавчої влади, що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів; б) запровадження посади омбудсмена при закладах охорони здоров'я; 2) враховуючи принцип децентралізації доцільним вбачається утворення регіональних комісій захисту прав пацієнтів

при місцевих органах публічної адміністрації з подальшою передачею інформації до Національної комісії захисту прав пацієнтів при Міністерстві охорони здоров'я України; 3) передбачити, що суб'єктом медіації з розгляду скарг пацієнтів є омбудсмен, який діє при закладі охорони здоров'я; омбудсмен при Міністерстві охорони здоров'я України. Даний спосіб захисту прав пацієнтів є видом позасудового оскарження діянь лікарів та медичних працівників щодо предмету захисту прав пацієнтів; 4) розвиток громадських інститутів, які б займалися захистом прав пацієнтів.

Стверджується, що шляхами удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів є: 1. Запровадження альтернативних способів досудового урегулювання конфліктів між пацієнтом та суб'єктом надання медичного обслуговування, медичної допомоги та медичних послуг. 2. Налагодження вертикальної та горизонтальної взаємодії в адміністративно-правових відносинах між суб'єктами публічної адміністрації, які наділені відповідними повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я. 3. Підвищення контролю за якістю медичних послуг та медичного обслуговування, що надаються в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за відповідними програмами медичних гарантій. 4. Забезпечення функціонування госпітальних округів. 6. Підвищення технічних можливостей функціонування електронної системи охорони здоров'я. 7. Необхідно вживати заходів для недопущення «вигорання» лікарів. 8. Забезпечення захисту особистих даних пацієнта, їх передачі та деперсоналізація в системі e-Health. 9. Нормативне закріплення обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів. 10. Впровадження посади омбудсмена з захисту прав пацієнтів. 11. Гармонізація національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів.

Запропоновано внести зміни та доповнення до:

- Основи законодавства України про охорону здоров'я: доповнити ст. 3 поняттями: «медична послуга» - це професійна дія лікаря чи медичного працівника щодо здійснення огляду пацієнта; надання індивідуальної

консультаційної допомоги; надання послуг операційного характеру; здійснення медичних маніпуляцій; організації та надання медичних процедур; відібрання біоматеріалу для проведення медичних досліджень; амбулаторний догляд за пацієнтом;

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»: доповнити ст.2 поняттям «медичний патронаж» - професійна діяльність спеціалістів (сімейних лікарів, психологів, реабілітологів, медичних сестер, масажистів, медичних працівників) по надання медичної допомоги та медичних послуг; доставленню лікарських засобів та препаратів; здійсненню необхідних медичних процедур; відібрання біологічного матеріалу на дослідження тощо; ч.2 ст.4 доповнити реченням наступного змісту: «2. Громадянам України у межах програми медичних гарантій, які визначені в пунктах 1-5 ч.1 ст. 4 даного Закону витрати оплачуються за рахунок державного та місцевого бюджетів у встановленому законодавством порядку»;

- постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440 «Про затвердження Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» виключити з п.7 наступне речення: «Інформація про медичні послуги, які оплачуються за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, вноситься надавачами медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я»;

- постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» п.4 доповнити наступним змістом: «організовує та здійснює контролю та організовує проведення незалежної експертизи якості медичної допомоги, медичних послуг, лікарських засобів та препаратів».

Ключові слова: адміністративно-правова охорона, пацієнт, медична допомога, медична послуга, медична сфера, охорона здоров'я, захист прав пацієнтів, особи з інвалідністю, державний контроль, порушення прав пацієнтів, лікарські засоби, адміністративна відповідальність.

ABSTRACT

Bilyi D.O. Administratively – legal protection of the rights of patients in the medical field. – *Qualifying scientific work on manuscript rights.*

Dissertation for the Doctor of Philosophy degree in specialty 081 - Law. – Kyiv National University of Economics named after Vadym Hetman; Kyiv National University of Economics named after Vadym Hetman, Kyiv, 2022.

The dissertation carried out a comprehensive and systematic study of the administrative and legal protection of the rights of patients in the medical field.

The genesis of the development of administrative and legal protection of patients' rights was studied: I. the ancient Russian period (IX-XIII centuries) was characterized by: 1) the absence of means of treatment; 2) the emergence of non-traditional methods of treatment in order to relieve pain and treatment; 3) formation of the first medical facilities; 4) distribution of medical cases by specialty; 5) differentiation of the quality of medical care depending on the social and economic status of the person; II. the period of the development of medicine and the formation of patients' rights in legal acts (1240 - 1780) was characterized by: 1) the creation of specialized educational institutions for the training of doctors; 2) creation of hospital wards at monasteries and entire monasteries of medical direction; 3) creation of medical schools and emergence of pharmacies; 4) the need to provide medical aid not only to persons who were maimed, wounded and wounded during the battle, but also to carry out prevention and fight against infectious epidemics; III. the latest period (XVII - XIX centuries) - the following medical educational institutions were created during this period: Yelisavetgrad Medical and Surgical School; Lviv Medical College and Medical Faculty of Lviv University; Kyiv Medical Institute. Artisan (craft) medicine developed, which was aimed at fighting epidemics, as well as pharmacy (development of the pharmacy business); IV. during the period of Ukrainian statehood (1917-1921), the protection of patients' rights was handled by a specially created body of state power, health care issues were also taken care of by zemstvos, city dumas and administrations; factory medicine became widespread; V. Soviet period (1922-1991), in this period

a conservative model of protection of patients' rights was formed, which is connected with the existence of institutions of the health care system, regulatory and legal regulation of the right of citizens to health care, an increase in personnel potential, the development of medicine as a whole, the creation of a centralized, hierarchically structured system of state authorities in the field of health care. It was determined that the right of patients to health care is the main constitutional right of a person; VI. the period of formation of the protection of patients' rights in Ukraine (from 1991 to 2015): 1) availability of modern legislation on the legal regulation of types of patients' rights; 2) the possibility of medical insurance; 3) a centralized system of public administration bodies for the protection of patients' rights; 4) availability of budgetary and extra-budgetary financing of health care facilities, which directly affects the quality and volume of medical services received by patients; 5) the emergence of the possibility and, most importantly, the legal regulation of patients' protection of their rights by way of appeal; 6) the emergence of judicial practice for the protection of patients' rights; 7) predominance of state medicine over self-financed medicine; 8) creation of an extensive system of health care institutions; VII. the modern period from 2016 to the present is characterized by the legislative affirmation of patients' rights and the implementation of reformative transformations in the health care system; defining the system of patients' rights and legal guarantees of their protection; improvement of the health insurance system; the introduction of a system of co-financing of medical services, which had a negative impact on the protection of patients' rights; emergence of "medical law" specialization; the emergence of judicial practice for the protection of patients' rights; implementation of social programs for the protection of patients' rights.

It is noted that the administrative and legal protection of patients' rights is the activity of authorized subjects of public administration, which is aimed at unhindered, timely, highly professional, continuous provision of services to patients in the field of health care in the event that they apply to institutions of the

health care system, as well as in bringing persons who violate the rights of patients to legal responsibility.

It was determined that a patient is a participant in administrative and legal relations who applied to a health care institution in order to receive diagnostic, therapeutic, preventive and other types of medical and biological assistance and to protect his rights and legitimate interests in the field of health care.

It has been found that the features of the administrative and legal protection of patients' rights are: 1. it is a natural right of an individual, which caused the emergence of a number of derivative rights - the right to medicinal products; the right to primary and secondary medical care; the right to post-medical care; the right to receive medical services (both paid and free); rehabilitation services; the right to quality medical care; the right to freedom of choice; the right to security, etc.; 2. the normative basis of administrative and legal protection of patients' rights is general and special legislation. It was noted that the scope of research is not sufficiently regulated in the norms of special legislation; 3. forms of protection of patients' rights are traditional judicial and extrajudicial; 4. the patient is a participant in the administrative and legal relations arising in the field of health care between him and the health care institution; 5. is carried out by the system of public administration entities and public organizations.

It is noted that the mechanism of administrative-legal protection of patients' rights is a complex category of administrative law, which is a system of interconnected independent components that contribute to the protection of individuals from the actions, decisions, inaction of public administration subjects in the field of health care, their officials and officials, as well as managers and employees of health care institutions.

It was determined that the regulatory and legal regulation of the rights of patients in the medical field is a system of international legal acts and acts of national legislation that regulate public-legal relations for the protection of patients' rights through the use of administrative and legal means and is related to the establishment of specific rights and obligations of sub objects of relevant relations.

The need to develop and adopt the Law of Ukraine "On Patient Protection" has been proven.

It was determined that the public administration as a subject of protection of the rights of patients in the medical field is a system of executive authorities and bodies that exercise delegated powers in the field of health care, the purpose of which is to guarantee the constitutional right to health care, ensure timely, continuous, highly professional provision of services to patients in the field of health care in the case of their appeal to the institutions of the health care system, as well as bringing persons who violate the rights of patients to legal responsibility.

The need for the formation of the Department for the Protection of Patients' Rights under the legal departments of the Ministry of Health of Ukraine has been proven. At the same time, the functioning of this unit should be centralized according to the hierarchical principle, that is, departments for the protection of patients' rights should also be created in the structure of bodies that implement state policy in the field of health care in the administrative-territorial units of Ukraine.

Based on the study of the international experience of highly developed countries regarding the protection of patients' rights, we propose the following: 1) the introduction of a competently structured system of bodies and institutions for the protection of patients' rights in Ukraine: a) the introduction of the position of ombudsman at the central executive body that implements state policy in the field of health care and protection of patients' rights; b) introduction of the position of ombudsman at health care institutions; 2) taking into account the principle of decentralization, it is considered expedient to form regional commissions for the protection of patients' rights at local bodies of public administration with subsequent transfer of information to the National Commission for the Protection of Patients' Rights at the Ministry of Health of Ukraine; 3) provide that the subject of mediation for consideration of patients' complaints is an ombudsman who works at a health care institution; ombudsman at the Ministry of Health of Ukraine. This method of protecting the rights of patients is a type of out-of-court appeal against

the actions of doctors and medical workers regarding the subject of protecting the rights of patients; 4) the development of public institutions that would protect the rights of patients.

It is claimed that the ways of improving the administrative and legal protection of patients' rights are: 1. Introduction of alternative methods of pre-trial settlement of conflicts between the patient and the entity providing medical care, medical assistance and medical services. 2. Establishment of vertical and horizontal interaction in administrative and legal relations between subjects of public administration, which are endowed with relevant powers and competence in the field of health care. 3. Increasing control over the quality of medical services and medical care provided in health care institutions of state and communal ownership under the relevant medical guarantee programs. 4. Ensuring the functioning of hospital districts. 6. Increasing the technical capabilities of the electronic health care system. 7. It is necessary to take measures to prevent "burnout" of doctors. 8. Ensuring the protection of the patient's personal data, their transfer and depersonalization in the e-Health system. 9. Normative consolidation of mandatory professional liability insurance of doctors. 10. Implementation of the position of ombudsman for the protection of patients' rights. 11. Harmonization of national legislation on the protection of patients' rights.

It is proposed to make changes and additions to:

- Basics of the legislation of Ukraine on health care: supplement Art. 3 concepts: "medical service" is a professional action of a doctor or medical worker regarding the examination of a patient; provision of individual consulting assistance; provision of operational services; performing medical manipulations; organization and provision of medical procedures; selection of biomaterial for medical research; ambulatory patient care;

- The Law of Ukraine "On State Financial Guarantees of Medical Services of the Population": to supplement Article 2 with the concept of "medical patronage" the professional activity of specialists (family doctors, psychologists, rehabilitators, nurses, massage therapists, medical workers) in providing medical assistance and

medical services; delivery of medicines and preparations; carrying out necessary medical procedures; selection of biological material for research, etc.; Part 2 of Article 4 shall be supplemented with the following sentence: "2. Citizens of Ukraine within the framework of the program of medical guarantees, which are defined in clauses 1-5 of part 1 of Art. 4 of this Law, expenses are paid from the state and local budgets in accordance with the procedure established by law";

- of Resolution No. 1440 of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated December 29, 2021 "On approval of the Procedure for the implementation of the program of state guarantees of medical care for the population in 2022" to exclude the following sentence from paragraph 7: "Information about medical services paid for from other sources, not prohibited by law, is entered by providers of medical services into the electronic health care system";

- of Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of December 27, 2017 No. 1101 "On the Formation of the National Health Service of Ukraine", clause 4 shall be supplemented with the following content: "organizes and carries out control and organizes the independent examination of the quality of medical care, medical services, medicines and drugs ".

Key words: administrative and legal protection, patient, medical care, medical service, medical field, health care, protection of patients' rights, persons with disabilities, state control, violation of patients' rights, medicinal products, administrative responsibility.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ
ТА ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ:**

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Білий Д.О. Особливості адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Право і суспільство*. №5. 2021. С.142-147. URL: http://pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2021/5_2021/21.pdf

2. Білий Д.О. Генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Київський часопис права*. 2021. №4. С. 165-171. URL: <http://kyivchasprava.kneu.in.ua/index.php/kyivchasprava/article/view/96>

3. Білий Д.О. Поняття та елементи механізму адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Euris Europensis Scientia*. 2022. №1. С.62-66. URL: http://jes.nuoua.od.ua/archive/1_2022/13.pdf

4. Білий Д.О. Актуальні проблеми нормативно – правового регулювання прав пацієнтів медичної сфери. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. №2. С. 80-83. URL: http://www.lsej.org.ua/2_2022/18.pdf

5. Білий Д.О. Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери. *Науковий вісник УжНУ. Серія "Право"*. 2022. № 69(1). С. 218-223. URL: <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/254760>

Стаття у Web of Science:

6. Maryna Markaryan, Dmytro Bilyi, Serghii Yuldashev (2021). Legal peculiarities of "digitalization" of the economy in the context of the development of the information society in Ukraine. *Baltic Journal of Economic Studies*, 7(5), 123-129. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2021-7-5-123-129>
<http://www.baltijapublishing.lv/index.php/issue/article/view/1564>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Білий Д.О. Теоретико-правові підходи визначення поняття адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Сучасні тенденції в юридичній науці України та зарубіжних країн: матеріали міжнародної*

науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 24–25 вересня 2021 року). ГО: Істина, 2021. С. 41-45.

8. Білий Д.О. Теоретико-правові підходи щодо розуміння поняття «пацієнт» в адміністративному праві. *Політико-правова реформа в Україні: теорія, методологія, праксеологія*: науково-практична конференція (м. Київ, 15 жовтня 2021 року). К. : ВД «Кафедра». С. 96-100.

9. Білий Д.О. Поняття нормативно – правового регулюванням прав пацієнтів медичної сфери. *Роль права та закону в громадянському суспільстві*: міжнародна науково-практична конференція (м. Харків, 18-19 лютого 2022 року). Харків : Східноукраїнська наукова юридична організація, 2022. С. 50-53.

10. Білий Д.О. Недоліки законодавчих актів щодо захисту прав пацієнтів. *Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні*: міжнародна науково-практична конференція (м. Запоріжжя, 25–26 лютого 2022 року). ГО: Істина, 2022. С.30-34.

11. Білий Д.О. Міжнародний досвід адміністративно – правового захисту прав пацієнтів. *Право та суспільство в реаліях карантинного періоду*: всеукраїнська науково-практична конференція (м. Київ, 24 лютого 2022 року). К. : ДУІТ. 2022. С. 222-224.

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| ВСТУП | 17 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО ПРАВОВІ ЗАСАДИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ | 27 |
| 1.1. Генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів ... | 27 |
| 1.2. Поняття, ознаки та особливості адміністративно-правового захисту прав пацієнтів | 49 |
| Висновки до розділу 1 | 66 |
| РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМ АДМІНІСТРАТИВНО - ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ | 70 |
| 2.1. Поняття та елементи механізму адміністративно - правового захисту прав пацієнтів медичної сфери | 70 |
| 2.2. Нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери | 82 |
| 2.3. Публічна адміністрація як суб’єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери | 109 |
| Висновки до розділу 2 | 133 |
| РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ АДМІНІСТРАТИВНО – ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ | 137 |
| 3.1. Міжнародний досвід адміністративно – правового захисту прав пацієнтів | 137 |
| 3.2. Шляхи удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів | 156 |
| Висновки до розділу 3 | 171 |
| ВИСНОВКИ | 173 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 179 |
| ДОДАТКИ | 199 |

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Ст.3 Конституції України визначено, 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 відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним її обов'язком. Право на охорону здоров'я є одним з конституційних прав особи. Держава повинна забезпечувати громадянам та особам, які на законних підставах перебувають на її території доступність до закладів охорони здоров'я та надання медичної допомоги, медичних послуг, здійснення медичного обслуговування. Запроваджена в 2016 році медична реформа не відповідає сучасним викликам надання медичної допомоги, а результативність поставлених цілей свідчить про не спроможність держави її реалізувати. В Україні відсутня офіційна статистика кількості порушення прав пацієнтів та юридично визначених лікарських помилок, а відповідальність лікарів та медичних працівників визначається лише в межах кримінальної та цивільної юрисдикції. Однак, з огляду на соціологічні дані та результати проведених нами анкетувань можемо відзначити, що питання захисту прав пацієнтів є актуальним та масштабним, а багаторічні строки розгляду справ по їх захисту зазвичай є стримуючим фактором при можливості звернення до суду.

У випадку порушення своїх прав пацієнт повинен мати різні юридичні способи їх захисту. На сьогодні, пацієнт може захищати свої права в судовому та адміністративному порядку. Разом з тим, з огляду на міжнародну практику, результативним вбачається запровадження інституту медації в справах про порушення прав пацієнтів. В той же час, слід відзначити, що в системі органів публічного адміністрування в сфері охорони

здоров'я відсутній суб'єкт, який би безпосередньо здійснював захист прав та інтересів пацієнтів, що негативним чином впливає на їх захист.

Отже, низьке матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я; наявність правових колізій в системі нормативно-правових актів щодо захисту прав пацієнтів; вкрай обмежене фінансування закладів охорони здоров'я та відсутність матеріальних заохочень лікарів і медичного персоналу; недостатність фінансових ресурсів на утримання закладів охорони здоров'я вторинного рівня; неналежне виконання програм державних фінансових гарантій; обмежений перелік страхових випадків, що покриваються обов'язковим медичним страхуванням; відсутність страхування відповідальності лікарів та медичних працівників; відсутність омбудсмена з питань захисту прав пацієнтів; недостатність коштів місцевих бюджетів на фінансування закладів охорони здоров'я та інші чинники негативним чином впливають на рівень адміністративно-правового захисту прав пацієнтів в Україні.

Тож, узагальнюючи вищевикладене, зазначимо, що наразі існує нагальна потреба у комплексному дослідженні адміністративно-правового захисту прав пацієнтів та виробленні ефективних теоретичних та практичних пропозицій, що будуть сприяти вищому рівню її захисту.

Теоретична основа дослідження. Зроблені в роботі висновки та пропозиції ґрунтуються на досягненнях в галузі адміністративного права і процесу. Під час проведення дисертаційного дослідження було використано праці В. Б. Авер'янова, О. Ф. Андрійко, В. О. Галай, Є. В. Додіна, О.Ю. Дрозда, Ю.А. Козаченка, А. П. Коренєва, О. В. Кузьменко, І.О. Личенко, Д. М. Лук'янця, А. Ф. Мельника, Н. Р. Нижник, А.В. Омельченко, П. М. Рабіновича, С. Г. Стеценка, В. Ю. Стеценка, С. М. Тимченка, В. Г. Черної та ін.

Окремі аспекти адміністративно-правового захисту прав пацієнтів були предметом дослідження С.С. Алексєєва, Н.В. Витрука, Є.О. Гіди, Н. В. Глущенко, Г. Р. Колоколова, М.І. Матузова, О. В. Музи, В.В. Назарова,

О.О. Обушак, С.А. Обушак, І. М. Паращица, І.Я. Сенюта, Ю. Е. Тимчишена та ін.

Наукові досягнення згаданих учених сприяли становленню та розвитку інституту адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. Однак наразі відсутні комплексні наукові праці, у яких би повно та всебічно досліджувалася специфіка адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. У наявних наукових роботах передусім аналізується правове становище пацієнта, види прав пацієнта, механізми захисту прав пацієнта або в межах більш широкої адміністративно-правової проблематики без застосування відповідного комплексного підходу.

Усе вищезазначене свідчить про актуальність і необхідність узагальнення теоретичного та емпіричного матеріалу, визначення напрямків удосконалення адміністративно-правового захисту прав пацієнтів та обґрунтування способів вирішення завдань, зазначених у цьому дослідженні.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертацію виконано відповідно до Стратегії сталого розвитку «Україна–2020», схваленої Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015; Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. та Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від від 28 грудня 2020 р. № 1671-р.; Концепції Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, затвердженої Законом України від 21 листопада 2002 року № 228-IV; Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 21 березня 2014 року. Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні Вченої ради ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» протокол № 4 від 23 листопада 2020 р.

Мета і завдання дослідження. Мета дисертаційного дослідження полягає в тому, щоб на основі аналізу чинного законодавства України, практики його реалізації та узагальнення основних положень праць науковців визначити теоретико-правові основи адміністративно-правового захисту прав пацієнтів, а також запропонувати шляхи вдосконалення даного напрямку.

Відповідно до мети дослідження необхідно вирішити такі *завдання*:

- вивчено генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів;
- розкрито поняття, ознаки та особливості адміністративно-правового захисту прав пацієнтів;
- з'ясовано поняття та елементи механізму адміністративно - правового захисту прав пацієнтів медичної сфери;
- розкрито нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери;
- визначено повноваження та компетенцію публічної адміністрації як суб'єкта захисту прав пацієнтів медичної сфери;
- вивчено міжнародний досвід адміністративно – правового захисту прав пацієнтів;
- запропоновано шляхи удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають під час адміністративно-правового захисту прав пацієнтів в медичній сфері.

Предметом дослідження є адміністративно – правовий захист прав пацієнтів медичної сфери.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є як загальнонаукові, так і спеціальні методи наукового пізнання. *Логіко-семантичний та формально-юридичний методи* (підрозділи 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2) дозволили поглибити понятійно-категоріальний апарат, зокрема визначити поняття «пацієнт»; «адміністративно-правовий захист прав пацієнтів»; «нормативно-правове регулювання захисту прав пацієнтів»;

«сервісна послуга»; «нормативно-правове регулювання захисту прав пацієнтів»; «суб'єкти публічного адміністрування адміністративно-правового захисту прав пацієнтів». *Порівняльно-правовий метод* (підрозділ 3.1) застосовано для вивчення міжнародного досвіду адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Методи класифікації, групування, системно-структурний, системно-функціональний* (підрозділи 2.1, 2.3, 3.2) дозволили класифікувати нормативно-правове регулювання захисту прав пацієнтів; визначити види суб'єктів публічної адміністрації та розкрити їх повноваження та компетенцію; групувати права та обов'язки пацієнтів тощо. *Метод статистичного аналізу* (підрозділи 1.2, 2.3, 3.2) було використано під час роботи з офіційно-статистичними матеріалами щодо адміністративно-правового захисту прав пацієнтів та якості та своєчасності надання медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування. Із використанням *індуктивного методу* (підрозділи 2.2, 2.3, 3.2) підтверджено висновок про необхідність удосконалення законодавства, що урегульовує адміністративно-правовий захист прав пацієнтів.

Емпіричну базу дослідження становлять опитування 350 громадян щодо адміністративно-правового захисту прав пацієнтів; кількісні показники щодо виконання державних фінансових гарантій з медичного обслуговування; фінансування та реалізації медичної реформи.

Нормативно-правову основу дослідження склали Конституція України, закони України, акти центральних органів виконавчої влади, акти місцевих органів публічної адміністрації, а також міжнародні нормативно-правові акти, які ратифікувала Україна.

Наукова новизна отриманих результатів визначається тим, що дисертація є однією з перших спроб комплексно, з використанням сучасних методів пізнання, урахуванням новітніх досягнень науки адміністративного права дослідити адміністративно-правовий захист прав пацієнтів в медичній сфері. У результаті проведеного дослідження сформульовано низку нових наукових положень і висновків, зроблених особисто здобувачем. Зокрема:

вперше:

- запропоновано генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів поділено на наступні періоди: I. давньоруський період (IX-XIII ст.); II. період розвитку медицини і формування прав пацієнтів в правових актах (1240 – 1780); III. новітній період (XVII - XIX ст.); IV. період української державності (1917-1921 рр.); V. радянський період (1922-1991 рр.); VI. період формування захисту прав пацієнтів в Україні (з 1991 р. по 2015 р.); VII. сучасний період з 2016 року по теперішній час;

- визначено, що «механізм адміністративно-правового захисту прав пацієнтів» – це комплексна категорія адміністративного права, що являє собою систему взаємопов'язаних самостійних складових, що сприяють захисту фізичних осіб від дій, рішень, бездіяльності суб'єктів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, їх посадових та службових осіб, а також керівників та працівників закладів охорони здоров'я; «публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери» – це система органів виконавчої влади та органів, які виконують делеговані повноваження в сфері охорони здоров'я, метою діяльності яких є гарантування конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення своєчасного, безперервного, високопрофесійного надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також притягнення осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності;

- акцентовано увагу на наявності колізійності норм п.7 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» та підпункті 2 п.2 Наказом Міністерства охорони здоров'я «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» щодо оплати Національною службою здоров'я України медичних послуг, які не внесені до електронної системи охорони здоров'я;

- доведено необхідність розроблення та прийняття закону України «Про захист пацієнтів»;

- запропоновано внести зміни та доповнення до: Основ законодавства України про охорону здоров'я; Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; постанов Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» від 29 грудня 2021 р. № 1440 та «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101;

удосконалено:

- визначення понять «адміністративно-правовий захист прав пацієнтів»
 - це діяльність уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, що спрямована на безперешкодне, своєчасне, високопрофесійне надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також у притягненні осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності; «нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери» - це система міжнародних правових актів та актів національного законодавства, які урегульовують публічно-правові відносини з захисту прав пацієнтів шляхом застосування адміністративно-правових засобів і пов'язаний із встановленням конкретних прав й обов'язків суб'єктів відповідних відносин; «сервісна (супутня) послуга – це послуга побутового характеру, які надаються в закладах охорони здоров'я за бажанням пацієнта, які він оплачує самостійно»;

- шляхи розвитку адміністративно – правового захисту прав пацієнтів:
 1) запровадження альтернативних способів досудового урегулювання конфліктів між пацієнтом та суб'єктом надання медичної допомоги, медичних послуг, медичного обслуговування; 2) налагодження вертикальної та горизонтальної взаємодії в адміністративно-правових відносинах між суб'єктами публічної адміністрації, які наділені відповідними

повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я; 3) підвищення контролю за якістю медичних послуг та медичного обслуговування, що надаються в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за відповідними програмами медичних гарантій; 4) забезпечення функціонування госпітальних округів; 5) підвищення технічних можливостей функціонування електронної системи охорони здоров'я; 6) вживати заходів для недопущення «вигорання» лікарів; 7) забезпечення захисту особистих даних пацієнта, їх передачі та деперсоналізація в системі e-Health; 8) нормативне закріплення обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів; 9) впровадження посади омбудсмена з захисту прав пацієнтів; 10) гармонізація національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів;

дістали подальшого розвитку:

- пропозиції щодо утворення при юридичному департаментів Міністерства охорони здоров'я України Відділу з захисту прав пацієнтів. При цьому, функціонування даного підрозділу повинно бути централізованим за ієрархічним принципом, тобто відділи з захисту прав пацієнтів повинні бути створені також і в структурі органів, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України;

- пропозиції щодо імплементації міжнародного досвіду захисту прав пацієнтів: I. запровадження в Україні компетенційно структурованої системи органів та установ захисту прав пацієнтів: 1) запровадження посади омбудсмена при центральному органі виконавчої влади, що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів; II. Запровадження посади омбудсмена при закладах охорони здоров'я; 2) враховуючи принцип децентралізації доцільним вбачається утворення регіональних комісій захисту прав пацієнтів при місцевих органах публічної адміністрації з подальшою передачею інформації до Національної комісії захисту прав пацієнтів при Міністерстві охорони здоров'я України; 3. Передбачити, що суб'єктом медіації з розгляду скарг пацієнтів є омбудсмен,

який діє при закладі охорони здоров'я; омбудсмен при Міністерстві охорони здоров'я України. Даний спосіб захисту прав пацієнтів є видом позасудового оскарження діянь лікарів та медичних працівників щодо предмету захисту прав пацієнтів; 4. Розвиток громадських інститутів, які б займалися захистом прав пацієнтів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що викладені в дисертаційному дослідженні висновки й пропозиції можуть бути використані в:

- *практичній діяльності* – під час внесення відповідних змін та доповнень до законодавства в сфері охорони здоров'я, зокрема в частині захисту прав пацієнтів;
- *освітньому процесі* – під час викладання навчальних дисциплін «Адміністративне право України», «Фінансове право», «Бюджетний процес» тощо;
- *навчальному процесі* – під час підготовки навчально-методичних матеріалів з навчальних дисциплін «Адміністративне право».

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації, теоретичні та практичні висновки й рекомендації оприлюднено на міжнародних науково-практичних конференціях: «Сучасні тенденції в юридичній науці України та зарубіжних країн» (м. Запоріжжя, 24–25 вересня 2021 року); «Політико-правова реформа в Україні: теорія, методологія, праксеологія» (м. Київ, 15 жовтня 2021 року); «Роль права та закону в громадянському суспільстві» (м. Харків, 18-19 лютого 2022 року); «Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні» (м. Запоріжжя, 25–26 лютого 2022 року); «Право та суспільство в реаліях карантинного періоду» (м. Київ, 24 лютого 2022 року).

Публікації. Основні положення дисертації знайшли своє відображення в 11 наукових публікаціях, з них п'ять – статей в журналах, включених МОН України до переліку наукових фахових видань з юридичних наук, одна

стаття – в науковому періодичному виданні, що індексується в Web of Science (Республіка Латвія); п'ять – тез виступів на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях.

Структура дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, що включають сім підрозділів, висновків (до кожного підрозділу та до дисертації загалом), додатків та списку використаних джерел. Загальний обсяг дисертаційної роботи становить 200 сторінок (з них основного тексту – 162 сторінки). У дисертації розміщено один додаток. Список використаних джерел налічує 185 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО ПРАВОВІ ЗАСАДИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ

1.1. Генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів

Еволюція адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є тривалим динамічним процесом. В різні історичні періоди часу розвивалося по-різному, на що впливали об'єктивні та суб'єктивні обставини: становище пацієнта в суспільстві; розшарування населення за майновим становищем; роль церкви та кількість церков та монастирів; війни; система закладів медицини; нормативно-правове регулювання; медичні засоби лікування тощо. Рівень адміністративно-правового захисту прав пацієнтів прямим чином залежить від економічного розвитку країни та нормативно-правового урегулювання відносин в досліджуваній сфері. Дослідимо генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів як на території українських земель, так і незалежної, демократичної держави.

Рушійною силою розвитку та утвердження захисту прав пацієнтів завжди було і залишається рекомендації та передовий досвід високорозвинутих країн. До середини ХХ століття у міжнародному законодавстві були відсутні норми про права людини у сфері охорони здоров'я та права пацієнта. Необхідність їх закріплення на законодавчому рівні стало очевидним після Другої світової війни, яка змусила народи світу подивитися новими очима на суспільні цінності, політичні, соціальні та економічні проблеми. Важкі медико-санітарні наслідки війни надали проблемам охорони здоров'я міжнародну гостроту та значення. Це стало головною причиною переходу від спорадичних особистих контактів між медиками та вченими різних країн та перших договорів між службами та

зкладами охорони здоров'я до широкого міжнародного співробітництва та взаємної допомоги у сфері охорони життя та здоров'я людей [1, с. 25; 2, с.1-2].

Важливу роль у затвердженні прав та свобод людини відіграла Загальна декларація прав людини, прийнята Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року. Вона започаткувала визнання на міжнародному рівні таких цінностей, як гідність людини, її життя та здоров'я, і таким чином сприяла появі цілого ряду правових документів міжнародного рівня, які конкретизували та розвивали ті чи інші її положення. Так, 4 листопада 1950 року було прийнято Європейську конвенція про права та основні свободи громадян, 11 грудня 1953 року – Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу, 18 жовтня 1961 року – Європейська соціальна хартія, 16 квітня 1964 року – Європейський кодекс соціального забезпечення, 16 грудня 1966 року – Міжнародний пакт про громадянські та політичні права та Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права. Ці міжнародні акти, на думку В.В. Глуховського, по праву вважатимуться фундаментом, на якому надалі почала формуватися концепція прав пацієнтів [3, с. 5].

Зокрема, даними міжнародними актами, які свого часу ратифікувала Україна було визначено: 1) принцип рівного ставлення до громадян кожної з держав-членів при застосуванні законодавства, що передбачає надання соціальної та медичної допомоги [4]; 2) гарантовано право на охорону здоров'я, забезпечено щоб політичні або соціальні права осіб, які отримують таку медичну допомогу, на цій підставі не обмежувалися та передбачити, що кожна людина може отримувати у відповідних державних чи приватних службах такі поради та персональну допомогу, які можуть бути необхідними для запобігання виникненню особистого або сімейного нужденного становища, для його подолання чи полегшення [5, ст.13]; забезпечує захищеним особам надання допомоги у зв'язку із станом здоров'я, який вимагає медичної допомоги профілактичного чи лікувального характеру.

Обставинами, за яких надається допомога, є будь-який хворобливий стан незалежно від його причини, а також вагітність, роди та їхні наслідки. Допомога охоплює принаймні: а) у випадку хворобливого стану: 1) допомогу лікаря загального профілю, в тому числі удома; 2) допомогу лікарів-спеціалістів, яка надається у лікарнях стаціонарним і амбулаторним хворим, а також допомогу лікарів-спеціалістів, яка може надаватися поза межами лікарень; 3) забезпечення основних лікарських засобів, приписаних лікарями чи іншими кваліфікованими фахівцями; 4) госпіталізацію у разі необхідності. У випадку вагітності та родів і їхніх наслідків: 1) допомогу лікарів чи кваліфікованих акушерок під час вагітності, родів і у післяродовий період; 2) госпіталізацію у разі необхідності [6]. Тобто, у разі виникнення у особи питань по здоров'ю вона, в першу чергу, реалізує своє право на охорону здоров'я. Після звернення до закладу системи охорони здоров'я особа набуває статусу пацієнта та відповідно набуває додаткових прав та обов'язків.

Таким чином, прийняття на міжнародному рівні правових актів, які закладають основи права на охорону здоров'я та отримання медичної допомоги особою є обов'язком держави гарантувати право на охорону здоров'я та, відповідно, в подальшому захист прав пацієнтів щодо отримання якісного та своєчасного надання медичних послуг. Норми зазначених міжнародних актів стали основою для визначення права на охорону здоров'я та захисту прав пацієнтів в Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів.

Окрім того, починаючи з другої половини 1970-х років прийнято низку міжнародно-правових документів про права пацієнтів. Зокрема, Хартія про права лікарняних пацієнтів, розроблена Комітетом Європейського економічного співтовариства (1979 р.), Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи щодо пацієнтів, як активних учасників свого власного лікування (1980 р.), Загальна декларація ООН, ЮНЕСКО про геном людини та права

людини (1997 р.), Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи щодо контролю за безпекою пацієнтів та попередження небажаних ефектів у галузі охорони здоров'я (2004 р.) та ін. Європейська хартія пацієнтів була прийнята 15 листопада 2002 на нараді провідних національних громадських організацій з Італії, Німеччини, Бельгії, Португалії, Іспанії, Греції, Ірландії, Данії, Нідерландів, Австрії, Великобританії [7, с. 7; 8].

Причинами формування концепції прав пацієнтів стали суттєві зміни як у галузі охорони здоров'я європейських держав, так і необхідність забезпечення прав пацієнтів в процесі отримання медичних послуг, визначення гарантій такого захисту. Серед конкретних факторів, що сприяли ухваленню міжнародних актів про права пацієнтів, Є.П. Жилиєва виділяє такі: зростання складних медичних втручань, які часто спричиняли як нові блага, так й ризик здоров'ю; надмірна спеціалізація та бюрократія медицини, за якої хвора людина практично перестає існувати для лікаря як цілісна особистість; непомірна і постійно зростаюча дорожня медичної допомоги та недостатність асигнувань для її фінансування [9, с. 40; 8].

Зародження медицини та відповідно виникнення права особи на отримання медичної допомоги на території українських земель, на нашу думку, можна назвати **давньоруським періодом (IX-XIII ст.)**. Медицина та лікування в Київській Русі склалися з трьох основних напрямків: народна медицина; лікарська практика при монастирях; світські лікарі. Кожен з зазначених видів характеризувався своїми особливостями як залежно від соціального статусу пацієнта, так і від способу його лікування.

Народна медицина походила ще з племенних часів. Вона базувалась на віруваннях, що хвороби викликані злими духами Горем та Лихом або зумисними наговорами – «порчами», а язичницькі боги та сили природи через спеціально навчену людину могли зцілити хворого. Таким чином, психосоматичне лікування заговорами та ритуалами йшло на рівні з медикаментозним. У якості медикаментів використовувалися відвари, настої, чаї, мазі з різних рослин. Лікарські засоби виготовляли з подорожника,

кропиви, листя та соку берези, полину, часнику, цибулі, хрону. Також використовувалися продукти тваринного походження – кобиляче молоко, мед, печінка тріски, та мінеральні речовини. Посередниками між світом духів та людьми, покликаними зціляти від хвороб були, цілителі, відуни, волхви та інші знахарі. Знання з народної медицини передавалися з покоління до покоління. Згодом, з насадженням християнства, народну медицину заборонили, оголосивши її бісівською. Відомі навіть випадки страт лікарів-знахарів; наприклад, у Новгороді в 1227 році чотири волхви були засуджені за прислугування дияволу та отруєння людей і прилюдно спалені на міському майдані. Незважаючи на переслідування народна медицина залишалась актуальною аж до появи перших земських управ на території колишньої Київської Русі (XVIII-XIX сторіччя). Причиною було те, що далеко не всі мешканці країни мали можливість звернутися по допомогу до освічених лікарів [11].

Монастирська медицина стала наслідком становлення християнства, яке крім віри в єдиного бога включало заклик до допомоги ближньому і порятунку безсмертної душі. За середньовічними християнськими віруваннями, хвороба була наслідком якоїсь провини перед богом, тому для видужання потрібно було лікувати не тільки тіло, але й душу. Провідниками у такому зціленні ставали лікарі-священнослужителі, зокрема, ченці. При монастирях існували лікарняні палати – «богадільні», келії, шпиталі, палати, куди стікалися хворі з усіх кінців країни, а також створювались бібліотеки, котрі крім всього іншого мали книжки з медицини. Жоден монастир на Русі не будувався без «шпитальних палат». Першу лікарню при монастирі заснував ігумен Феодосій у 1070 р., вона знаходилась при Києво-Печерській Лаврі. Монастирські лікарі у своїй діяльності керувалися не прагненням наживи, а ідеєю служіння. Так, багато з них не відходили від хворого і піклувались про нього аж до повного видужання. Прийом до лікарень при монастирях відбувався за такою схемою: 1. Хворий або його близькі приходили до монастиря; 2. Спочатку вони звертались за допомогою до

настоятеля; 3. Настоятель оглядав хворого і вже після цього вирішував до якого монастирського лічця його відправити [11].

Окрім монастирів, медичну допомогу і лікували хворих і вдома [10, с.111, 112].

В той же час, в період монастирської медицини починають вводитися різні спеціалізації за напрямками лікування. Так, ченець Даміан лікував тільки дітей, лікар Григорій брався за психічні недуги, а іконописець Аліпій зціляв шкірні захворювання за допомогою фарб для розпису ікон (книга «Києво-Печерський патерик»). Найвідомішим монастирським лікарем того часу можна вважати ченця Агапіта, що служив у Києво-Печерському монастирі і користувався великою популярністю і пошаною серед всіх верств населення. Він займався зціленням не тільки простих людей, а й бояр і навіть князів [11].

Звісно, за часів існування народної медицини не було і мов про гарантії та захист прав пацієнтів, тим паче, що було класове розшарування населення. Втім, кожна особа, яка потребувала медичної допомоги могла звернутися до знахаря, лекаря для отримання чи медичної допомоги чи лікарського засобу для лікування. Втім, важливим рушійним чинником було соціально-економічне розшарування народу за класами, і відповідно одні отримували медичні послуги, а інші користувалися, в більшій мірі народною медициною, або ж зверталися до лікарів, лічців та інших осіб, які мали право надавати медичну допомогу.

Світська або «мирська» медицина з'являється в Київській Русі за часів Ярослава Мудрого. Цікаво, що діяльність світських лікарів у державі регулювалась законодавством – першим письмовим зводом законів, «Руською Правдою», запровадженою за Ярослава Мудрого. На відміну від монастирських, світські лікарі брали плату за свої послуги, тому до них частіше звертались заможні верстви населення. У лікуванні світські лікарі послуговувалися частково народними методами, а частково знаннями отриманими в іноземних навчальних закладів. Діагнози ставили виходячи з

пульсу та зовнішнього виду хворого. Часто заможні русичі відправляли здібних до медицини на навчання закордон. Отже, медицина була досить розвинена на території Київської Русі, представлена різними напрямками медичної практики та спеціальностями лічців. Активний прогрес у цій галузі було призупинено вторгненням на територію держави монгольського князя Батия у 1236 році. Після того, як було встановлене монголо-татарське іго, розвиток медицини поступився місцем банальному виживанню населення [11].

Таким чином, за часів Київської Русі медицина розділяється на платну та безоплатну. Медичні послуги надавалися при церквах та монастирях. Держава не приділяла належної уваги та не сприяла розвитку медицини. Єдиним правом пацієнтів було право на звернення до лікаря, лічця, монаха за медичною допомогою, при чому, що звісно ніяких гарантій одужання ніхто не міг забезпечити. З'являються перші учені лікарі та перші книги медичного спрямування. Досвід медичної справи, здебільшого, отримували з практик інших держав, а ученими лікарями ставали члени заможних родин та з числа священослужителів.

Отже, давньоруський період, на нашу думку, характеризувався наступними особливостями: 1) відсутність засбів лікування; 2) поява нетрадиційних методів лікування з метою полегшення болю та лікування; 3) утворення перших медичних закладів; 4) розподіл лікарської справи за спеціальностями; 5) диференція якості медичної допомоги залежно від соціального та економічного стану особи.

Наступним після періоду Київської Русі періодом, на нашу думку, можна виокремити **період розвитку медицини і формування прав пацієнтів в правових актах (1240 – 1780)**. Лікуванням хворих в усіх поселеннях займалися народні лічці. Окрім лічців медичну допомогу як і за часів Київської Русі надавали також лікарі - ченці в монастирях. В Галицькій (Червоній) Русі були засновані і діяли православні та католицькі монастирі і

церкви. При новозаснованих монастирях створювалися притулки для хворих, немічних і бідних, відкривалися монастирські лікарні (шпиталі) [10, с.113].

Головний (до 1755 року) козацький шпиталь у Межигір'ї коло Києва називався «Запорізький Спас» [10, с.121]. У період правління Петра I відбувалося становлення механізму правового регулювання медичної діяльності. Як зазначає С.Г. Стеценко, це проявлялося у «підготовці медичних кадрів; появи нормативно-правових актів, що регулюють сферу медицини; будівництві госпіталів; організації медичних шкіл та відкритті аптек; реорганізації органів державного управління медичною справою» [12, с. 21].

Окрім цього, можна відзначити, що в даний період часу у зв'язку з проведенням військових дій особливо почали виокремлюватися в окремий напрямок січова медична справа. Існувала медична канцелярія, що утримувала лікарів й розповсюджувала медикаменти, а також аптеки, що забезпечували ліками. Існують відомості також про те, що медичну допомогу могли надавати й козаки-характерники. Однак під час поранення не завжди поряд із запорожцем був цирульник, лікар чи, тим більше, характерник. Під час масштабних кровопролитних боїв, а також у побутових умовах козаки повинні були уміти надати допомогу собі і своїм побратимам. Січова медицина не вичерпувалась лише наданням першої допомоги на полі бою. Існувала необхідність ще й у наявності спеціальних закладів, де б поранені і хворі запорожці продовжували курс лікування, а також доживали віку каліки [13].

Такими закладами були шпиталі при монастирях: шпиталь при Самарському монастирі. Згідно з даними Феодосія (Макаревського), серед великого дубового лісу козаки збудували фортецю «з дерев'яною церквицею і шпиталем», у якому лікували «ранами скалічених козаків, всіх хворих, всіх на сутичках увічних, на баталіях ранених». 1602 р. у козацький шпиталь на прохання Коша із Києва було прислано ієромонаха Паїсія, який доглядав за хворими та пораненими, а також викладав у новозаснованій школі.

Самарський монастир підпорядковувався безпосередньо Кошу Запорозької Січі, мав у своєму розпорядженні землі, на яких вели сільське господарство, і забезпечував продуктами харчування Запорожжя. У шпиталі знаходилися не лише хворі, а й старі козаки; Шпиталь при Трахтемирівському монастирі; київський шпиталь при Межигірському монастирі створений для утримання калік і хворих козаків у 1672 р. Ставши головним шпиталем Січі, монастир отримав назву «Запорозький Спас». За допомогу у лікуванні поранених гетьман Хмельницький своїм універсалом передав цьому монастиреві права на м. Вишгород, села Чеснило, Петрівці, Мощони та на побудову млина. Шпиталь і притулок для старих козаків у монастирі повністю утримувався січовим коштом [13].

Отже, даний період характеризувався: 1) створення спеціалізованих навчальних закладів для навчання лікарів; 2) створення лікарняних палат при монастирях та цілих монастирів лікульного спрямування; 3) створення єдичних шкіл та поява аптек; 4) необхідністю надання медичної допомоги не лише особам, які зазнали каліцтв, отримали рани та порнення під час бою, але й здійснення профілактики та боротьба з інфекційними епідеміями.

Наступним періодом становлення медицини та прав пацієнтів є **новітній період (XVII - XIX ст.)**. Особливого значення мали реформи Олександра II, які розпочалися 1861 р. зі скасування кріпацтва. У 1864 р. було проведено судову реформу, яка зіграла виняткову роль розвитку судової медицини. У тому ж році в 34 губерніях здійснено земську реформу на основі Положення про губернські та повітові земські установи, що започаткувала нову форму місцевого самоврядування та земську медицину, в якій передбачалися дільничність, універсальність, безплатність та профілактична спрямованість медичної допомоги. У містах було створено фабрично-заводську медицину, яку мали утримувати власники підприємств. Цей період характеризувався відкриттям низки медичних університетів та створенням періодичного медичного друку, а також пірогівськими з'їздами лікарів [10].

В даний період було створено наступні медичні заклади освіти: Єлисаветградська медико-хірургічна школа; Львівський медичний колегіум і медичний факультет Львівського університету; Київський медичний інститут.

Розвивалася реміснича (цехова) медицина, яка була спрямована на боротьбу з епідеміями, а також фармація (розвиток аптечної справи).

Особливого розвитку медицина набула в **період української державності (1917-1921 рр.)**. Вперше, централізований орган, на який покладалося питання охорони здоров'я в Російській імперії, було утворено у 1916 р. – Головне управління державної охорони здоров'я. Проте, навіть тоді створенню єдиної системи організації медичної допомоги в країні заважало підпорядкування органів і закладів охорони здоров'я різним відомствам. Так, медичний департамент Міністерства внутрішніх справ опікувався медичною справою. Питаннями охорони здоров'я опікувалися також земства, міських думи і управи, фабрично-заводська медицина, Всеросійський земський союз, Союз міст, товариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця тощо [14, с. 149]. Наприклад, навіть у часи діяльності Української Центральної Ради у віданні Червоного Хреста знаходилися два хірургічних і п'ять протиепідемічних госпіталів у Києві, два протиепідемічних госпіталі в Конотопі, евакогоспіталь в Одесі, одинадцять польових госпіталів (переважно на території Правобережної України) [15, с. 149; 16]. В часи формування автономної позиції України у складі Російської імперії створення системи державного регулювання охорони здоров'я на деякий час залишилось поза увагою Української Центральної Ради. Так, у «Статуті Вищого Управління Україною» (29 липня 1917 р.) до складу Генерального секретаріату, як уряду України, входило лише 14 генеральних секретарів: у справах внутрішніх, фінансових, військових, харчових, земельних, юстиції, освіти, національних, торгівлі і промисловості, пошти й телеграфу, праці, доріг, генеральний контролер і генеральний писар [17, с. 96; 16].

Крайова лікарсько-санітарна рада, як медично-санітарний орган при Генеральному Секретаріаті Української Центральної Ради була утворена на першому Крайовому лікарсько-санітарному з'їзді у м. Києві 15 жовтня 1917 р. [18, с. 28]. Новоутворена рада проіснувала до січня 1918 р. та стала не тільки першим національним медично-санітарним органом автономної України, а й започаткувала централізовану модель управління у сфері охорони здоров'я, оскільки до 1917 р. функції охорони здоров'я покладалися на земські органи – земські збори, земські управи, як виборні органи місцевого самоврядування. Із гетьманським переворотом 29 квітня 1918 р. і приходом до влади П. Скоропадського відбулась суттєва реорганізація державного апарату та створена нова система центральних органів виконавчої влади. Для державного управління системою охорони здоров'я було утворено Міністерство народного здоров'я і опікування. Діяльність Міністерство народного здоров'я й опікування у добу Гетьманату зводилась до постійної боротьби за державне фінансування. Завершення галузевої вертикалі системи управління охороною здоров'я відбулося лише 10 жовтня 1918 р., коли був схвалений Статут уповноважених міністерства на місцях [15, с. 418; 16].

В.Г. Куранов вказує, що з 1917 р. по 1921 р. всі медичні установи стали державними, діяльність їх була переважно спрямована на профілактику та попередження захворювань, медичні послуги стали безкоштовними, а приватні медичні установи було закрито» [19, с. 135].

Наступним періодом становлення захисту прав пацієнтів є **радянський період (1922-1991 рр.)**.

Варто відзначити низку особливостей, якими характеризувалися суспільні відносини у цей історичний період. У радянському законодавстві поняття «права пацієнта» повністю було відсутнє, чітко було закріплено лише право на отримання безкоштовної кваліфікованої медичної допомоги [20]. Правове регулювання надання медичної допомоги у радянський період здійснювалося виключно рамках адміністративного поля; законодавчих

розпоряджень, що регулюють дані взаємовідносини, не існувало. Правовий захист пацієнтів виключався через дії норм адміністративно-правового характеру, що регулюють дані суспільні відносини [21].

Законом СРСР «Про затвердження основ законодавства Союзу РСР та союзних республік про охорону здоров'я» від 19 грудня 1969 року № 4589-VII затверджено основи законодавства про охорону здоров'я. Даним нормативно-правовим актом вперше було задекларовано надання безплатної кваліфікованої медичної допомоги, що надається державними установами охорони здоров'я; розширення мережі закладів для лікування та зміцнення здоров'я громадян; розвиток та вдосконалення техніки безпеки та виробничої санітарії; проведення широких профілактичних заходів; організація та проведення заходів щодо оздоровлення навколишнього середовища; турбота про здоров'я підростаючого покоління, включаючи заборону дитячої праці, не пов'язаної з навчанням та трудовим вихованням; розгортання наукових досліджень, спрямованих на попередження та зниження захворюваності, на забезпечення багаторічного активного життя громадян [22].

Розділ 4 Основ законодавства СРСР визначав гарантії захисту права особи на охорону здоров'я та медичну допомогу. Так, ст.30 визначено, що хворі на інфекційні хвороби, що становлять небезпеку для оточуючих, підлягають обов'язковому стаціонарному лікуванню, а особи, які мають контакт з інфекційними хворими, - карантину»; ст.32 передбачалося, що громадянам СРСР надається спеціалізована медична допомога у поліклініках, лікарнях, диспансерах та інших лікувально-профілактичних установах, а також швидка медична допомога та медична допомога вдома»; ст.33 визначено, що лікувально-профілактична допомога громадянам надається закладами охорони здоров'я за місцем проживання та за місцем роботи. Особам, які постраждали від нещасних випадків або внаслідок раптового захворювання потрапили в стан, що потребує термінової медичної допомоги, ця допомога повинна надаватися негайно найближчою лікувально-профілактичною установою незалежно від відомчої підпорядкованості. У разі

потреби хворі можуть прямувати до відповідних лікувально-профілактичних установ інших союзних республік [22].

Законодавством було встановлено, що хірургічні операції проводяться і складні методи діагностики застосовуються за згодою хворих, а хворим, які не досягли шістнадцятирічного віку, та психічно хворим – за згодою їхніх батьків, опікунів або піклувальників. Вперше було визначено право лікарів у разі крайньої необхідності проводити невідкладні хірургічні операції і складні методи діагностики без згоди самих хворих або їхніх батьків, опікунів або піклувальників тільки у тих виняткових випадках, коли зволікання у встановленні діагнозу або проведенні операції загрожує життю хворого, а отримати згоду зазначених осіб неможливо» [22].

Таким чином, радянська система охорони здоров'я була закінченою моделлю організації закладів охорони здоров'я з погляду участі держави у фінансуванні медичних послуг. У радянському законодавстві про охорону здоров'я поняття «прав пацієнта» почало лише з'являтися з прийняттям основ законодавства в сфері охорони здоров'я, де і вперше на законодавчому рівні були визначені права особи в сфері охорони здоров'я. Цей факт чітко показує, яким був дійсний статус пацієнта в радянську епоху [23].

Радянське законодавство, однак, передбачало: по-перше, безплатність кваліфікованої медичної допомоги; по-друге, обов'язок медичних працівників дотримуватися лікарської таємниці, яка трактувалася загалом; по-третє, право пацієнта на згоду при проведенні окремих зазначених у законі видів медичного втручання, але будь-які вказівки щодо надання пацієнту необхідної інформації були відсутні [23].

Кінець ХХ ст. супроводжувався впровадженням у роботу установ охорони здоров'я ринкових відносин, що як результат спричинило виникнення приватних закладів охорони здоров'я та відповідно поділу медицини на державну (безкоштовну) та приватну (платну). Рівень якості обслуговування прямим чином залежав від державного фінансування

державних закладів охорони здоров'я та фінансової можливості пацієнтів оплатити медичні послуги в приватних закладах охорони здоров'я [23].

Отже, в **радянський період** вже сформувалася консервативна модель захисту прав пацієнтів, що пов'язано з існуванням закладів системи охорони здоров'я, нормативно-правовим регулюванням права громадян на охорону здоров'я, збільшенням кадрового потенціалу, розвитком медицини в цілому, створення централізованої ієрархічно побудованої системи органів державної влади в сфері охорони здоров'я. Визначено, що право пацієнтів на охорону здоров'я є головним конституційним правом особи.

Наступним періодом генези захисту прав пацієнтів є **період формування захисту прав пацієнтів в Україні (з 1991 р. по 2015 р.)**.

Активного розвитку захист прав пацієнтів отримав після проголошення Україною незалежності. Головним здобутком було законодавче урегулювання основ законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року.

В даному законодавчому акті вперше було визначено, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [59].

Дещо пізніше Європейською нарадою з прав пацієнта було розроблено та затверджено Декларацію і політику в області забезпечення прав пацієнта в Європі. Даним актом рекомендовано при розробці стратегій, концепцій та програм захисту прав пацієнтів враховувати наступні чинники: множинні стратегії здійснення цієї політики, які найімовірніше включатимуть такі компоненти: • прийняття законодавчих або підзаконних актів, що визначають права та обов'язки пацієнтів, представників медичної професії та закладів охорони здоров'я, прийняття медичних та інших професійних кодексів, що періодично переглядаються, хартій прав пацієнтів та інших аналогічних документів, створених на основі згоди та порозуміння між представниками громадян, пацієнтів, медичних працівників та політиків; успішній роботі неурядових громадських організацій, діяльність яких пов'язана з відстоюванням прав пацієнтів, • організацію в національному масштабі дискусій та конференцій за участю всіх зацікавлених сторін, що сприяло б виникненню та розвитку взаєморозуміння, • залучення засобів масової інформації з метою інформування населення, спонукання сторін до конструктивного діалогу, підтримки поінформованості населення в галузі прав та обов'язків пацієнтів та споживачів медичних послуг, а також органів, що їх представляють, • покращення підготовки до галузі придбання навичок спілкування та захисту прав, як для працівників охорони здоров'я, так і для пацієнтів та інших споживчих груп з метою правильного розуміння завдань та ролі всіх учасників взаємодії; • забезпечення проведення досліджень з метою оцінки та документування ефективності законодавчих заходів та інших методів та ініціатив; в різних країнах у сфері забезпечення прав пацієнта [24].

В даний період захист прав пацієнтів характеризувався наступними особливостями: 1) наявність сучасного законодавства щодо правової регламентації видів прав пацієнтів; 2) виникнення можливості медичного страхування; 3) централізована система органів публічної адміністрації щодо захисту прав пацієнтів; 4) наявність бюджетного та позабюджетного

фінансування закладів охорони здоров'я, що безпосереднім чином впливає на якість та обсяг медичних послуг, які отримують пацієнти; 5) виникнення можливості та, що головне правової регламентації захисту пацієнтами своїх прав шляхом оскарження; 6) поява судової практики захисту прав пацієнтів; 7) переважання державної медицини над самофінансованою; 8) створення розгалуженої системи закладів охорони здоров'я.

Наступним періодом еволюції захисту прав пацієнтів в Україні, на нашу думку, є **сучасний період з 2016 року по теперішній час**.

30 листопада 2016 р. Розпорядженням Кабінету Міністрів України було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, якою пропонується запровадити в Україні модель державного солідарного медичного страхування та передбачити, що надання пацієнтові медичних послуг здійснюється за принципом "гроші ходять за пацієнтом".

Втім, дана концепція, на нашу думку, має ряд неточностей. Розглянемо окремі з них.

Концепцією визначено, що предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги - прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни [25]. Втім, виникає ряд питань, які на сьогоднішній день, законодавчо не урегульовані. Наприклад, по-перше, який механізм прозорого визначення обсягу та кошторису пакету медичних послуг? По-друге, чи передбачає законодавець розподільну систему нарахування суми за пакет медичних послуг залежно від різних категорій громадян України? По-третє, яким

чином надається пакет медичної допомоги соціально незахищеним категоріям населення? Чи діє в даному випадку принцип дотаційності?

Частково питання фінансування медичних послуг, які надаються пацієнтам урегульовано Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким передбачено, що права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством [26].

Даною концепцією передбачено, що пацієнти отримують пакет медичних послуг в межах медичного страхування, яке поділяється на три види: державне, приватне та міжнародна донорська підтримка. Умови договорів медичного страхування визначають умови та обсяги медичного страхування, тобто, обсяг витрат, які покриваються страхувальником в момент отримання медичних послуг або придбання лікарських засобів пацієнтом (застрахованою особою).

Як нами було зазначено вище, ст.49 Конституції України гарантоване право громадян України на безоплатне отримання медичних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Плату за такі послуги повинна компенсувати держава в межах соціально-економічних програм.

В той же час, норми Конституції України встановлюють пряму заборону скорочувати заклади системи охорони здоров'я, втім, концепцією чітко визначено, що фінансування лікарень відбуватиметься за скороченою формою економічної класифікації видатків бюджету із визначенням обсягу послуг та відповідних індикаторів результативності цих закладів. Тобто, чим вища результативність (показники) надання медичних послуг закладами охорони здоров'я пацієнтам, тим вищий рівень фінансування даного державного чи комунального закладу. Втім, слід відзначити, що густина населення на різних адміністративно-територіальних одиницях є різною та

нерівномірною, що ускладнює можливості отримання більшого фінансування від держави. І відповідно виникає питання, яким чином буде забезпечено принцип пропорційності фінансування закладу охорони здоров'я залежно від густоти населення? Адже, чисельність звернення таких пацієнтів буде різною. Відповідно якщо до закладу охорони здоров'я буде звертатися мало пацієнтів даний заклад може бути зачинений чи реорганізований в фельдшерський пункт, що не відповідає кваліфікації надання відповідних медичних послуг пацієнту.

На нашу думку, положення реформи, що встановлюють нові правила фінансування закладів охорони здоров'я та фінансові гарантії захисту прав пацієнтів і відповідно погіршують захист прав пацієнтів на отримання медичних послуг повинні бути переглянуті та необхідно встановити обов'язок державного фінансування з державного бюджету усіх закладів охорони здоров'я незалежно від кількості звернень пацієнтів та надання медичних послуг.

Реалізація Концепції відбуватиметься трьома етапами: підготовчий етап (2017 рік) передбачає закладення правових та інституційних основ для нової системи фінансування охорони здоров'я, запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги та початок впорядкування мережі закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу через створення госпітальних округів; етап впровадження (2018-2019 роки) передбачає введення в дію державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги та започаткування його фінансування через єдиного національного замовника медичних послуг; етап інтеграції (2020 рік) передбачає налагодження повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в масштабі всієї країни [25].

Таким чином, на сьогоднішній день, мета даної концепції повинна бути досягнута, а права пацієнтів захищені. Однак, проаналізувавши сучасний стан виконаних дій, що визначені в межах кожного етапу варто відзначити, що реформа фінансування системи охорони здоров'я перебуває на початку

другого етапу, адже, не виконані всі дії, що визначені та відповідно не досягнуті поставлені цілі, що не дозволяє почати третій етап. Безумовно, свій вплив на своєчасність та завершеність виконання кожного етапу мали пандемія Covid-19 та глобальна економічна криза. Втім, на нашу думку, поставлені завдання на кожному етапі не враховують особливості структури системи охорони здоров'я в Україні, рівня соціальної захищеності громадян України та їх соціально-економічного стану.

Концепцією розвитку електронної охорони здоров'я вперше було запроваджено захист інформації про пацієнтів, оцифрування інформації про пацієнта, його фізичний стан та надані медичні послуги в сфері охорони здоров'я шляхом внесення в автоматизовану базу даних Helsi та запровадження електронних карток пацієнтів по всій системі закладів охорони здоров'я.

Втім, головним завданням реалізації даної концепції залишається підвищення захисту інформації про пацієнта. Визначено, що однією з функцій держави є забезпечення рівності учасників ринку, створення конкурентних умов на ринку; забезпечення захисту прав пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я. Водночас функцією приватних закладів охорони здоров'я в частині захисту прав пацієнтів є дотримання принципів нерозголошення лікарської таємниці та захист персональних і медичних даних користувачів інформаційно-телекомунікаційних систем [27].

Окрім зазначених концептуально стратегічних нормативно-правових актів в досліджуваній сфері розвиток права пацієнтів отримали з прийняттям ряду інших нормативно-правових актів, зокрема: законів України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про захист прав споживачів»; актів Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році», «Деякі питання здійснення розпорядниками (одержувачами) бюджетних коштів попередньої оплати товарів, робіт і послуг, що закуповуються за бюджетні кошти», «Порядку укладення, зміни

та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», «Порядку укладення, зміни та припинення договору про реімбурсації».

Ще одним позитивним нововеденням в контексті запровадження діджиталізації в сфері обігу лікарських засобів є оформлення он-лайн рецепту пацієнта. Суб'єктом формування он-лайн рецепту є усі лікарі первинної ланки, які працюють у медичних закладах-партнерах Національної служби здоров'я: комунальних, приватних та лікарі-ФОПи. Таким чином, пацієнти при зверненні до сімейного лікаря мають право отримати лікарські засоби для свого лікування за програмою часткової оплати державою даного препарату.

Дана можливість стала доступною для пацієнтів завдяки переходу програми реімбурсації «Доступні ліки» до НСЗУ. Пацієнти зможуть отримувати лікарський засіб за електронним рецептом у будь-якій аптеці в Україні, яка бере участь у програмі. Це розширить можливості лікарів первинної допомоги виписувати ліки за програмою для усіх пацієнтів, які підписали з ними декларації. Це стосується усіх лікарів первинної ланки, які працюють у медзакладах-партнерах Національної служби здоров'я: комунальних, приватних та лікарів-ФОП. Рецепти за програмою лікарі оформлюють в електронній системі охорони здоров'я за допомогою медичної інформаційної системи, яка встановлена у медзакладі. Для цього в ній повинен бути відповідний модуль. Наразі за електронним рецептом відпускаються препарати за програмою «Доступні ліки». Виписати їх може лікар первинки - сімейний лікар, терапевт, педіатр для пацієнта, який підписав із ним декларацію. Під час візиту пацієнта лікар відкриває карту пацієнта у своїй медичній інформаційній системі і розпочинає або продовжує медичний епізод. Національна служба здоров'я на зв'язку з 436 юридичними особами аптек. Це приблизно 6,6 тисяч точок продажу по всій країні. Коли вони укладуть договір з НСЗУ, пацієнти зможуть отримати в цих аптеках

препарати за програмою «Доступні ліки» безоплатно або з незначною доплатою [28].

З метою контролю за реалізацією програми «Доступні ліки» в Україні створено інший діджитал-ресурс «Трембіта». «Трембіта» дозволяє будувати безпечні інформаційні міжвідомчі взаємодії між державними органами та органами місцевого самоврядування шляхом обміну електронними повідомленнями між їхніми інформаційними системами. Перший автоматичний обмін даними через «Трембіту» запрацював між Національною службою здоров'я України та Держслужбою з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Завдяки такому інформаційному обміну здійснюється понад один мільйон автоматичних перевірок даних щомісяця при реалізації програми «Доступні ліки». Така система дозволяє провести спрощену перевірку аптечних закладів на наявність ліцензії тричі - під час реєстрації та укладання договору між аптеками та НСЗУ, погашення електронних рецептів у аптеках та подання аптеками звітів до НСЗУ про відпущені ліки, на підставі яких здійснюється відшкодування їх вартості. «Трембіта» дозволяє відшкодувати з держбюджету вартість ліків за програмою «Доступні ліки» тим аптекам, які працюють за цією програмою на законних підставах [29].

Зміцненню розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів стала поява в українській науці «медичного права» як самостійної галузі права, що визначає основи та порядок захисту прав пацієнтів. З'являється нова спеціалізація «Медичне право України», «Медичне і фармацевтичне право», «Право охорони здоров'я». Юристи-правознавці набуваючи вузької спеціалізації в подальшому зможуть захищати інтереси пацієнтів в судовому та позасудовому порядку.

Пацієнтам Конституцією України гарантовано право звернення до суду та в такий спосіб захищати свої права. У разі надання медичної послуги неналежної якості поряд із умовами компенсації моральної шкоди, встановленими цивільним законодавством, пацієнт має право звернутися до

медичної організації в судовому порядку для захисту свого права на отримання якісних та своєчасних медичних послуг. В рамках адміністративного порядку захисту пацієнт може звернутися зі скаргою на дії медичної організації або приватного лікаря, що порушують його права, до державного органу, громадської організації, посадової особи, в обов'язки яких входить реалізація функцій захисту законних інтересів громадян у сфері надання медичних послуг.

Отже, сучасний період є періодом одночасно законодавчого утвердження прав пацієнтів та здійснення реформаційних перетворень в системі охорони здоров'я; визнання системи прав пацієнтів та юридичних гарантій їх захисту; удосконалення системи медичного страхування; запровадження системи співфінансування медичних послуг, що негативно вплинуло на захист прав пацієнтів; виникнення спеціалізації «медичне право»; поява судової практики захисту прав пацієнтів; впровадження соціальних програм захисту прав пацієнтів.

Таким чином, досліджуючи генезис прав пацієнтів можемо констатувати наступне:

- 1) пацієнти в різні історичні періоди (первіснообщинний, феодалський, князівський, капіталістичний, сучасний) мали різне коло прав;
- 2) обсяг прав та їх якість залежали від соціального (статусного) та економічного становища пацієнта в суспільстві;
- 3) система закладів надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я генерувала від церковної (монастирської) до державних та приватних закладів;
- 4) система законодавства в якому утверджуються права пацієнтів почала формуватися з прийняттям на міжнародному рівні правових актів, що декларували права пацієнта;
- 5) право пацієнтів в цілому є особистим конституційним правом особи, в той же час, пацієнт має визначений обсяг прав при зверненні до державних

закладів охорони здоров'я, а також додаткові права, які він отримує при зверненні до приватних закладів охорони здоров'я;

б) пацієнт є своєрідним споживачем послуг в сфері охорони здоров'я;

7) чим більш розвинута система закладів охорони здоров'я та законодавчо урегульована медична діяльність, тим більш гарантовані права пацієнтів.

1.2. Поняття, ознаки та особливості адміністративно-правового захисту прав пацієнтів

Сфера охорони здоров'я завжди була і залишаться однією з найважливіших сфер суспільного життя та публічного адміністрування. Це і не дивно, адже, здоров'я – це головний ресурс, що забезпечує функціонування організму людини, а людина в Україні визначається найвищою соціальною цінністю держави. Відповідно право особи на охорону здоров'я є її пріоритетним правом, яке повинна забезпечувати держава.

З 2016 року в Україні розпочато процес медичної реформи, що передбачає різновекторне реформування сфери охорони здоров'я: управлінська складова; фінансове забезпечення; матеріально-технічне забезпечення; страхова медицина; скорочення кількості закладів охорони здоров'я; зміна порядку надання медичних послуг пацієнтам тощо. Ключовим аспектом в визначенні пріоритетних напрямків медичної реформи є охорона та забезпечення прав споживачів, в даному випадку, мова йде про пацієнтів, в процесі означених реформаційних перетворень. Адже, будь яка реформа, в першу чергу, не повинна ускладнювати процес надання медичних послуг пацієнтам, погіршувати стан їх здоров'я та бути спрямована на покращення якості, оптимізацію та спрощення порядку надання/отримання послуг в сфері охорони здоров'я.

Перш ніж розкривати зміст поняття «адміністративно-правового захисту прав пацієнтів», в першу чергу, необхідно акцентувати увагу на відмежуванні понять «захист» та «охорона», що по своїй суті є різнозмістовними та співвідносяться як загальне та частина, відповідно. Втім, в науковій літературі наявні непоодинокі думки щодо ототожнення даних понять, що на нашу думку, є неправильно.

В словниковій літературі слово «захист» тлумачиться як те, що слугує обороною. Єдність у розумінні «захисту» і «охорони» витікає з пояснення змісту слова «захистити», що відповідно до С.І. Ожегова означає охорону, спрямовану на захист від замахів, від ворожих дій та небезпеки [30, с. 196; 32].

В.В. Назаров доводить що поняття «охорона» та «захист» перебувають в одній площині, оскільки вони мають єдиний критерій виміру – права та свободи людини і громадянина [31, с. 385–391; 32].

Таким чином, заходи охорони застосовуються уповноваженим суб'єктом і за відсутності порушеного права, а з метою створення умов для його реалізації.

С.С. Алексєєв під поняттям «захист прав» розумів державно-примусову діяльність, спрямовану на реалізацію «відновлювальних» завдань – на поновлення порушеного права, забезпечення виконання юридичного обов'язку [33, с. 51]. М.В. Вітрук також зазначав, що поняття «охорона» та «захист» поєднані та пов'язані. Проте охорону прав він розглядає як діяльність, спрямовану на усунення перешкод у реалізації прав та обов'язків, на боротьбу з невиконанням обов'язків і зловживанням правами, на профілактику і попередження порушень прав та обов'язків, а захист пов'язує із невиконанням обов'язку або зловживанням правом, та виникненням перешкод для їх здійснення чи існування суперечки про наявність самого права або обов'язку [34, с. 54; 32].

Ми не можемо погодитись із ототожненням вказаних понять, оскільки вважаємо, що поняття охорона існує до моменту будь-якого порушення,

після чого настає захист. В даному випадку ми підтримуємо правові позиції тих вчених, які в своїх наукових працях розмежовують дані поняття.

До науковців, які розмежовують терміни «охорона» та «захист», належать М.І. Матузов, Є.О. Гіда, О.О. Обушак та ін. Так, охорона та захист прав та інтересів, на думку М.І. Матузова, – не одне і те ж, оскільки охороняються вони постійно, а захищаються тільки у випадку порушення. Захист – це лише момент охорони та одна із її форм [35, с. 44]. Є.О. Гіди, який вважає, що охорона включає заходи, які застосовуються до моменту порушення прав людини, а захист – після вчинення правопорушення [36, с. 759]. О.О. Обушак також зазначає, що «охорона» є більш широким поняттям, ніж «захист» та являє собою сукупність заходів, спрямованих на забезпечення нормальної реалізації прав, а також на захист прав у випадку їх порушення або оспорювання через конкретні засоби державного впливу, які існують переважно в правовій формі і можуть проявлятися або через встановлення правових норм, або через їх позитивне застосування. [37, с. 75–86; 3; 32].

Ст.8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист. Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги [59].

Отже, виходячи з наведених позицій провідних науковців щодо сутності та співвідношення понять «захист» та «охорона», при визначенні суті адміністративно-правового захисту ми будемо розуміти **охорону** як *запобіжний, превентивний захід організаційно-правового характеру, що спрямований на недопущення порушення прав, а захист* як *діяльність, що проявляється і відображається в юридичних засобах щодо фактично порушених прав.*

Отже, **адміністративно-правовий захист прав пацієнтів – це діяльність уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, що спрямована**

на безперешкодне, своєчасне, високопрофесійне надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також у притягненні осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

Будь-яка особа має право на охорону здоров'я. Однак, не кожна особа має статус «пацієнта». І відповідно, пацієнт має окрім гарантованих Конституцією України та законами України прав та свобод, також специфічні права, які виникають у особи, коли вона набуває статус «пацієнта». Саме тому, розглянемо особливості даного статусу.

В словниковій літературі поняття «пацієнт» (лат. *patiens*) тлумачиться по-різному:

- 1) хворий, що звертається до лікаря [38];
- 2) людина, яка отримує медичну допомогу (консультування, лікування, медичне спостереження чи здійснюється медична діагностика) [39];
- 3) особа фізична, яка отримує медичну допомогу (профілактичну, діагностичну, лікувальну, реабілітаційну) або піддається мед.-біол. дослідкам (клініч. випробуванням) [40];
- 4) фізична особа, яка отримує медичну допомогу (профілактичну, діагностичну, лікувальну), або піддається медико-біологічним дослідженням (клінічним випробуванням), або є донором крові чи певного органу при трансплантації тощо [41].

Теоретики адміністративісти поняття «пацієнт» здебільшого тлумачать через фізичні потреби особи та її участь в адміністративних правовідносинах, тобто суб'єктом публічно-правових відносин в сфері охорони здоров'я.

С.Г. Стеценко під поняття «пацієнт» розуміє особу, яка звернулась за наданням профілактичної, діагностичної, лікувальної чи реабілітаційно-відновної допомоги до закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності чи медичного працівника індивідуальної практики незалежно від стану здоров'я або добровільно погодилась на проведення медико-біологічного експерименту. Іншими словами, для набуття статусу

пацієнта у людини повинні виникнути реальні відносини (правовідносини) з лікувально-профілактичним закладом незалежно від його форми власності (державна, комунальна, приватна), які ґрунтуються на зверненні людини до цього закладу за медичною допомогою або участі її в експерименті [42, с.70-71; 43, с.163; 44, с.54].

А. В. Тихомиров пацієнтом називає людину, яка звертається до лікаря з потребою в його професіоналізмі для консультативної допомоги та корекції самопочуття [45, с.76]. Викладене визначення мало чим відрізняється від тлумачень, наведених у довідкових виданнях. Якщо слідувати авторській позиції, то статус пацієнта набуває лише та людина, яка звертається до лікаря за консультативною допомогою та корекцією самопочуття. Між тим як у державних, так і в приватних закладах охорони здоров'я, профілактичну, діагностичну, лікувальну допомогу громадянам надають не лише лікарі, а й працівники із середньою медичною освітою. Звідси випливає, що звертатися по медичну допомогу можливо не тільки до лікаря, але й іншого фахівця, який за обов'язком професії виконує консультативні, діагностичні та лікувальні функції [50].

Під пацієнтом А. Н. Піщита пропонує розуміти особу, яка вступила у правові відносини з медичними працівниками та (або) іншими представниками медичного закладу з приводу отримання медичної допомоги. Ні місце надання медичної допомоги, ні стан здоров'я особи немає визначального значення» [46, с.47]. Конкретизація категорії «пацієнт» та наповнення її юридичним змістом є суттєвим кроком, який розвиває теорію правового статусу пацієнта. Однак залишилися не уточненими дві суттєві особливості, які мають безпосереднє відношення до юридичної складової категорії «пацієнт». По-перше, незрозуміло, з якого моменту виникають правові відносини між медичним працівником і людиною, яка відчуває потребу в його професійні послуги. По-друге, незрозуміло, кого автор зараховує до «інших представників медичного закладу». По-третє, пацієнт вступає у правові відносини не з конкретним медичним працівником, а з

юридичною особою чи індивідуальним підприємцем, який має спеціальний дозвіл на право провадження медичної (фармацевтичної) діяльності [50].

Г. Р. Дзвонів та Н. І. Махонько під поняттям «пацієнт» пропонують розуміти особу, яка звернулася до лікувального закладу будь-якої організаційно-правової форми, до лікаря приватної практики за отриманням діагностичної, лікувальної, профілактичної допомоги незалежно від того, хворий він чи здоровий». Автори акцентують увагу на двох аспектах: 1) за отриманням діагностичної, лікувальної, профілактичної допомоги громадянин може звернутися до заклади охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, у тому до приватно-практикуючих лікарів; 2) психосоматичний стан здоров'я пацієнта на час звернення до лікувально-профілактичного закладу обов'язково має бути з відхиленням від норми [47, с.59; 48].

Слід зазначити, що у низці досліджень аналізується статус громадян під час отримання медичної допомоги. У своїй роботі О. Ю. Малишко виділяє кілька характерних ознак пацієнта та пропонує визначення поняття «пацієнт». По-перше, пацієнтом може стати будь-яка особа незалежно від віку, соціального стану та громадянства. По-друге, пацієнтом стає той, хто звертається чи отримує медичну допомогу чи медичні послуги. По-третє, пацієнтом може бути будь-яка особа, незалежно стану його здоров'я [49, с.19; 48].

Як нам видається, визначення пацієнта має ґрунтуватися на наступні ключові ознаки: 1) у юридичному значенні пацієнтом визнається людина, яка вступила до охорони здоров'я; 2) беручи участь у охорони здоров'я, він реалізує суб'єктивне право на отримання послуги медичного, психіатричного, фармацевтичного характеру або стає випробуваним в біомедичному експерименті; 3) за отриманням послуги медичного, психіатричного, фармацевтичного характеру він може звернутися до закладів охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми [50, с.106; 48].

За своєю природою юридичні гарантії дотримання інтересів осіб, які потребують медичної допомоги, утворюють самостійні галузеві механізми, що стимулюють суб'єктів охорони здоров'я до належного виконання прав та обов'язків. Дотримання прав та свобод пацієнта гарантується нормами дисциплінарного, цивільного, адміністративного та кримінального законодавства. Отже, юридичні гарантії служать забезпечувальною умовою та засобом реалізації правового статусу пацієнта, але не виступають як його органічний елемент [46, с. 47; 47, с.105-107; 48].

На законодавчому рівні поняття «пацієнт» закріплено наступним чином:

- 1) фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога [59; 51];
- 2) особа, якій лікарем з діагностичною або терапевтичною метою призначена радіологічна чи рентгенологічна процедура [52; 53];
- 3) фізична особа, яка отримує медико-санітарну допомогу у закладі охорони здоров'я [54];
- 4) особа, яка може бути залучена як досліджуваний до клінічного випробування лікарського засобу [55];
- 5) особа, яка за добровільною згодою може бути залучена до клінічних випробувань медичних виробів як досліджуваний [56];

Отже, пацієнт – це учасник адміністративно-правових правовідносин, який звернувся до закладу охорони здоров'я з метою отримання діагностичної, лікувальної, профілактичної та іншого виду медико-біологічної допомоги та захисту своїх прав і законних інтересів в сфері охорони здоров'я.

Пацієнта характерні такі особливості:

- 1) особа набуває статус «пацієнта» у разі виникнення обставин, які впливають на її фізичний стан;
- 2) адміністративно-правовий статус визначений як в нормах міжнародного законодавства, так і в нормах національного законодавства

(Конституція України, законодавство про основи здоров'я, підзаконні нормативно-правові акти);

3) є учасником, адже, передбачає реалізацію свої прав і інтересів після моменту звернення до закладу охорони здоров'я.

До суб'єктів адміністративно-правової охорони прав пацієнтів, ми можемо віднести: спеціально уповноважені органи виконавчої влади; спостережна рада закладу охорони здоров'я та ін. В той же час, суб'єктами адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: Міністерство охорони здоров'я України, органи прокуратури, органи Національної поліції, підрозділи місцевих органів виконавчої влади та громадські організації.

До заходів адміністративно-правової охорони прав пацієнтів, на нашу думку, належать:

- забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя пацієнта;
- надання кваліфікованої медичної та реабілітаційної допомоги, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я тощо.

Натомість до заходів адміністративно-правового захисту прав пацієнтів, на нашу думку, належать:

- адміністративне оскарження;
- судове оскарження;
- припинення порушення прав пацієнтів;
- надання правової допомоги пацієнту;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи та ін.

Таким чином, на нашу думку, **ознаками адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є:**

- 1) включає в себе: судовий захист, державний захист та правовий захист;
- 2) здійснюється як суб'єктами органів виконавчої влади, так і правоохоронними органами;
- 3) передбачає виникнення факту порушення прав пацієнтів;
- 4) наявна шкода пацієнту;
- 5) результатом є прийняття імперативного індивідуального адміністративного акту.

Отже, під система адміністративно-правового захисту прав пацієнтів - це система нормативно визначених способів та прийомів, які застосовує компетентний суб'єкт за зверненням пацієнта у випадку порушення його прав в сфері охорони здоров'я та передбачають настання негативних наслідків для порушника.

Рівень захищеності прав, інтересів та свобод людини і громадянина в державі характеризує кожен демократичну державу та визначає міру виконання конституційних норм щодо визнання людини і громадянина найвищою соціальною цінністю. Держава спрямовує свою діяльність для забезпечення прав та інтересів громадянина. Однією з пріоритетних сфер забезпечення прав громадянина є медична сфера та безпосередньо право громадянина України на отримання медичної допомоги.

Слід відзначити, що в науковій літературі питанню забезпечення права громадянина на охорону здоров'я як конституційного права присвячено досить багато уваги. Водночас, питання захисту прав пацієнтів приділено не достатньо уваги.

Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів є комплексним поняттям, що включає в себе різні напрямки: правове регулювання; організаційне забезпечення; економічне забезпечення; діяльність компетентних суб'єктів публічної адміністрації тощо. Кожен з названих

елементів визначає особливості адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. Наразі виокремимо та обґрунтуємо їх.

Ю.А. Козаченко досліджуючи питання прав пацієнтів надає визначення даної правової категорії та аргументує, що права пацієнта слід розглядати як похідні від загальних громадянських, економічних, політичних, соціальних і культурних прав, юридичні можливості фізичної особи, яка звернулася за медичною допомогою та (або) якій надається така допомога. Згідно авторської класифікації запропоновано п'ять груп прав пацієнтів: 1) конституційні права; 2) загальні права пацієнтів; 3) спеціальні права пацієнтів залежно від виду наданої медичної допомоги; 4) спеціальні права пацієнтів залежно від напрямку медичної діяльності; 5) спеціальні права різних професійних та соціальних категорій пацієнтів [57, с.16]. На нашу думку, дане визначення є дещо широким, адже, авторка права пацієнтів відносить і до політичних, і до економічних. При цьому Ю.А. Козаченко не визначає саме зміст даного права, а лише акцентує увагу на його конституційній природі.

Натомість, під адміністративно-правове регулювання забезпечення прав пацієнта» – цілеспрямований владно-організуючий вплив органів управління в межах їх повноважень на впорядкування суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, створення надійних умов для реалізації прав пацієнтів, їх гарантування, захист і охорону. З'ясовано, що специфіка адміністративно-правового регулювання забезпечення прав пацієнта обумовлена: 1) розгалуженістю об'єкту забезпечення – прав пацієнта, які залежать від виду медичної допомоги, напрямку медичної діяльності, професійних та соціальних особливостей пацієнта; 2) наявністю значної кількості нормативних актів, що регламентують права пацієнта та порядок їх забезпечення; 3) численністю суб'єктів адміністративно-правового забезпечення прав пацієнтів та багатовекторністю їх повноважень; 4) багатим арсеналом засобів адміністративно-правового впливу на забезпечення прав пацієнтів. Встановлено зміст адміністративно-правового регулювання

забезпечення прав пацієнта через визначення мети, принципів та функцій, дослідження системи форм та методів такого регулювання [57, с.17].

На нашу думку, право особи бути пацієнтом та відповідно отримувати медичну допомогу є похідним від права на охорону здоров'я, яке є природнім правом та забезпечується суб'єктами публічної адміністрації. В той же час, право пацієнта включає в себе ряд супутніх прав, які йому повинні гарантуватися державою, наприклад, право на лікарські засоби; право на первинну та вторинну лікарську допомогу; право на післямедичну допомогу; право на отримання медичних послуг (як платних, так і безоплатних); реабілітаційних послуг; право на якісне медичне обслуговування тощо. Також не слід упускати питання платності даних послуг та декларативності положень безоплатної медицини, що нажаль, носить декларативний характер.

Окрему увагу хотіли б звернути на зміст відносин учасником яких є пацієнт. Змістом адміністративно-правових відносин є права, обов'язки, адміністративна відповідальність та юридичні факти. Сторонами даних відносин з однієї сторони є суб'єкт, який наділений публічно-владними повноваженнями, а з іншої фізична особа. Ми переконані, що у випадку реалізації прав пацієнтів в державних чи комунальних закладах системи охорони здоров'я, пацієнт є учасником адміністративно-правових відносин. Ст.16 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначено, що з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню створюється госпітальний округ. Госпітальний округ - це сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території. Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. За організаційно-правовою формою заклади

охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи. За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, у тому числі як спільне комунальне підприємство [58].

Натомість заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми. Відносини, що виникають між пацієнтом та закладом охорони здоров'я приватної власності відносяться до сфери приватного права та становлять цивільно-правові відносини.

З огляду на зазначене, вважаємо необґрунтованим виокремлення в науковій літературі так званих «медико-правових відносин», що виникають між пацієнтом як суб'єктом медико-правових відносин у сфері медичної діяльності та з іншими суб'єктами, які беруть участь в організації, забезпеченні або безпосередньому наданні медичної допомоги [58, с.9].

Наступною особливістю є те, що обов'язковість захисту прав пацієнтів на законодавчому рівні визначено і Конституцією України, і іншими законодавчими нормами, однак, в зазначених актах не міститься чітких норм, які б визначали адміністративно-правовий механізм захисту прав пацієнтів. Так, наприклад, ст. 24-1 Закону України Основи законодавства України про охорону здоров'я визначено, що правові, економічні, організаційні основи захисту прав та законних інтересів пацієнтів визначаються законом [58, ст.24-1]. Втім, більшого тлумачення даної норми в спеціальному законодавстві не визначено. Безумовно, право пацієнтів на медичну допомогу визначено в нормах як загального, так і в спеціального законодавства, яким урегульовано відносини в сфері захисту прав пацієнтів. Однак, що стосується специфічних аспектів реалізації даного права

(наприклад, економічної складової, процесу організації), то тут спостерігається недосконалість норм правового регулювання, а в окремих питаннях і наявність правових прогалин.

Водночас слід відзначити, що на сьогодні відсутні норми, які б визначали види прав пацієнтів, правовий статус пацієнта як учасника відносин, обов'язки пацієнтів, юридична відповідальність пацієнтів тощо. З огляду на зазначене, вважаємо, що є вкрай необхідним розроблення та прийняття спеціального нормативно-правового акту, наприклад, закону України «Про правовий статус пацієнтів» в якому чітко визначити права та обов'язки пацієнта, його відповідальність, способи оскарження рішень, дій та бездіяльності уповноважених суб'єктів в сфері охорони здоров'я, медичне страхування тощо.

Наступною особливістю захисту прав пацієнтів є можливість звернення до уповноважених суб'єктів. Так, ст.55 Конституції України визначено, що громадянин України у разі захисту своїх прав має право звернутися до суду. В той же час, згідно Закону України «Про звернення громадян» громадяни України мають право на позасудовий захист – адміністративне оскарження. Не виключенням є і захист прав пацієнтів.

Нормативною підставою оскарження рішень та дій уповноважених суб'єктів в сфері охорони здоров'я є п «і» ст.6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», яким визначено право пацієнта на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я [59, ст.6].

Як слушно відзначає І.Я. Сенюта система оскарження передбачає оскарження безпосередньо рішення, дії (бездіяльності) посадових осіб закладів та органів охорони здоров'я, а у випадку незадоволення вимог пацієнта - оскарження до органу вищого рівня. Скарга є не просто «листом», це своєрідний документ, який покладає на адресата встановлені законом обов'язки та передбачає дотримання відповідної законодавчо визначеної процедури [60, с. 226].

В.О. Галай пропонує поряд з традиційними способами захисту прав пацієнтів (судовим та адміністративним або позасудовим) виділяти третю форму – позаінстанційну. Змістом позаінстанційної форми оскарження є право звернення до органів Національної поліції чи органів прокуратури у розгляді скарг на рішення, дії (бездіяльність) посадових осіб закладів та органів охорони здоров'я. Відповідно до Закону України «Про звернення громадян» та «Основи законодавства України про охорону здоров'я», вищий нагляд за додержанням законодавства про звернення громадян і законодавства про охорону здоров'я здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори. У випадках, коли оскаржувач вважає за необхідне перевірити на відповідність законодавству рішень, наказів, розпоряджень посадових осіб; провести розслідування дій (бездіяльності) посадових осіб; порушити у встановленому законом порядку кримінальну справу, дисциплінарне провадження або провадження про адміністративне правопорушення; провести судово-медичну експертизу та отримати роз'яснення від експерта по даному ним висновку, йому доцільно звернутися зі скаргою до прокуратури [60, с.69].

На нашу думку, виокремлення позаінстанційної форми оскарження є необґрунтованим, адже, по своїй суті виокремлена форма включає в себе позасудовий порядок оскарження, але не за ієрархічним принципом структури профільних органів системи охорони здоров'я, а за горизонтальним принципом. Так, наприклад, пацієнт має право звернутися зі зверненням щодо порушення прав до керівника закладу охорони здоров'я. У разі неможливості, або небажання медичного закладу усунути виявлені порушення, у пацієнта є можливість звернутись до відповідних компетентних органів влади у сфері охорони здоров'я, наприклад, звернення (скарга) до посадової особи/головного лікаря медичного закладу; звернення (скарга) до департаменту охорони здоров'я територіальних органів влади; звернення (скарга) до Міністерства охорони здоров'я України; звернення (скарга) до Державної служби України з лікарських засобів та контролю за

наркотиками; парламентський контроль за дотриманням прав людини (звернення до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини) [61].

При цьому, авторка акцентує увагу на необхідності знати не тільки процедуру оскарження, передбачену Законами України «Про звернення громадян», «Про інформацію», а також відповідні нормативні акти, які передбачають порядок діяльності, повноваження та обов'язки посадових осіб, закладів і органів у сфері охорони здоров'я. Це можуть бути відомчі положення, інструкції, накази тощо. Такі знання нададуть можливість правильно визначити орган чи заклад, до якого необхідно направити скаргу, чітко сформулювати ті питання, які просить вирішити оскаржувач та зробити посилання на нормативно-правові акти чинного законодавства [62, с.67,68].

Під час звернення до суду за захистом своїх прав пацієнти мають право на отримання професійної правничої допомоги в Україні [63, ст. 131-2].

Ю.Ф. Кравченко визначав правовий захист, як діяльність держави в особі її органів представницької, виконавчої та судової влади, організацій, установ та посадових осіб по забезпеченню процесу реалізації особою своїх прав на користування матеріальними, політичними, соціальними та духовними благами [64, с. 13]. Ю.Ф. Кравченко визначає правовий захист через призму діяльності органів влади і акцентує увагу на меті діяльності таких суб'єктів - забезпечення реалізації прав громадян у всіх сферах життя [64, с.67].

Причиною незначної кількості звернень пацієнтів у суд за захистом своїх порушених прав, як зазначає В. Б. Філатов, є насамперед недостатня обізнаність у своїх правах та недостатня поінформованість в питаннях їх захисту, а також страх перед можливим розголошенням інформації про діагноз та сумнівами у результативності такого звернення [58, с. 46]. Сьогодні в Україні така ситуація обумовлена також перевантаженістю судів та недостатньою кількістю суддів, що професійну підготовку у медичному праві на належному рівні [60, с.70].

Наступною особливістю є те, що адміністративно-правовий захист прав пацієнтів здійснюється системою суб'єктів публічної адміністрації та громадськими організаціями.

До таких суб'єктів належать: адміністрацією медичної установи, комісіями із захисту прав пацієнтів при територіальних органах спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я, громадськими організаціями, включаючи об'єднання пацієнтів та / або їхніх родин, етичні комітети (комісії), які діють у межах, визначених їх установчими документами. Органи державної влади та органи місцевого самоврядування в межах своїх повноважень видають нормативно-правові акти, які встановлюють порядок реалізації і захисту прав пацієнтів, передбачених цим Законом, відповідальність за порушення зазначених прав, а також здійснюють контроль за дотриманням законодавства у цій сфері у межах наданих їм повноважень. Адміністрація медичних установ та її посадові особи зобов'язані сприяти реалізації і захисту прав пацієнтів, дотримуючись норм і принципів цього Закону, інших нормативних актів з питань прав пацієнтів в Україні [65].

Таким чином, *особливостями адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є:*

1. є природнім правом особи, яке спричинило виникнення ряду похідних прав - право на лікарські засоби; право на первинну та вторинну лікарську допомогу; право на післямедичну допомогу; право на отримання медичних послуг (як платних, так і безоплатних); реабілітаційних послуг; право на якісне медичне обслуговування; право на свободу вибору; право на безпеку тощо;

2. нормативною підставою адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є загальне та спеціальне законодавство. Відзначено, що в нормах спеціального законодавства не достатньо урегульовано досліджувана сфера;

3. формами захисту прав пацієнтів є традиційні судовий та позасудовий;

4. пацієнт є учасником адміністративно-правових відносин, що виникають в сфері охорони здоров'я між ним та закладом охорони здоров'я;

5. здійснюється системою суб'єктів публічної адміністрації та громадськими організаціями.

Висновки до розділу 1

Дослідивши теоретико правові засади адміністративно-правового захисту прав пацієнтів ми прийшли до наступних висновків.

Генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів поділено на наступні періоди:

I. давньоруський період (IX-XIII ст.) характеризувався: 1) відсутністю засобів лікування; 2) появою нетрадиційних методів лікування з метою полегшити біль та лікування; 3) утворення перших медичних закладів; 4) розподіл лікарської справи за спеціальностями; 5) диференціація якості медичної допомоги залежно від соціального та економічного стану особи; *II. період розвитку медицини і формування прав пацієнтів в правових актах (1240 – 1780)* характеризувався: 1) створення спеціалізованих навчальних закладів для навчання лікарів; 2) створення лікарняних палат при монастирях та цілих монастирів лікувального спрямування; 3) створення медичних шкіл та поява аптек; 4) необхідністю надання медичної допомоги не лише особам, які зазнали каліцтв, отримали рани та поранення під час бою, але й здійснення профілактики та боротьба з інфекційними епідеміями; *III. новітній період (XVII - XIX ст.)* - в даний період було створено наступні медичні заклади освіти: Єлисаветградська медико-хірургічна школа; Львівський медичний колегіум і медичний факультет Львівського університету; Київський медичний інститут. Розвивалася реміснича (цехова) медицина, яка була спрямована на боротьбу з епідеміями, а також фармація (розвиток аптечної справи); *IV. період української державності (1917-1921 рр.)* захистом прав пацієнтів займався спеціально створений орган державної влади, питаннями охорони здоров'я опікувалися також земства, міські думи і управи; широкого поширення набула фабрично-заводська медицина; *V. радянський період (1922-1991 рр.)* в даний період сформувалася консервативна модель захисту прав пацієнтів, що пов'язано з існуванням закладів системи охорони здоров'я, нормативно-правовим регулюванням

права громадян на охорону здоров'я, збільшенням кадрового потенціалу, розвитком медицини в цілому, створення централізованої ієрархічно побудованої системи органів державної влади в сфері охорони здоров'я. Визначено, що право пацієнтів на охорону здоров'я є головним конституційним правом особи; *VI. період формування захисту прав пацієнтів в Україні (з 1991 р. по 2015 р.):* 1) наявність сучасного законодавства щодо правової регламентації видів прав пацієнтів; 2) виникнення можливості медичного страхування; 3) централізована система органів публічної адміністрації щодо захисту прав пацієнтів; 4) наявність бюджетного та позабюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, що безпосереднім чином впливає на якість та обсяг медичних послуг, які отримують пацієнти; 5) виникнення можливості та, що головне правової регламентації захисту пацієнтами своїх прав шляхом оскарження; 6) поява судової практики захисту прав пацієнтів; 7) переважання державної медицини над самофінансованою; 8) створення розгалуженої системи закладів охорони здоров'я; *VII. сучасний період з 2016 року по теперішній час* характеризується законодавчим утвердженням прав пацієнтів та здійсненням реформаційних перетворень в системі охорони здоров'я; визначенням системи прав пацієнтів та юридичних гарантій їх захисту; удосконаленням системи медичного страхування; запровадженням системи співфінансування медичних послуг, що негативно вплинуло на захист прав пацієнтів; виникнення спеціалізації «медичне право»; поява судової практики захисту прав пацієнтів; впровадження соціальних програм захисту прав пацієнтів.

Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів – це діяльність уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, що спрямована на безперешкодне, своєчасне, високопрофесійне надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також у притягненні осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

Пацієнт – це учасник адміністративно-правових правовідносин, який звернувся до закладу охорони здоров'я з метою отримання діагностичної, лікувальної, профілактичної та іншого виду медико-біологічної допомоги та захисту своїх прав і законних інтересів в сфері охорони здоров'я.

Пацієнта характерні такі особливості: 1) особа набуває статус «пацієнта» у разі виникнення обставин, які впливають на її фізичний стан; 2) адміністративно-правовий статус визначений як в нормах міжнародного законодавства, так і в нормах національного законодавства (Конституція України, законодавство про основи здоров'я, підзаконні нормативно-правові акти); 3) є учасником, адже, передбачає реалізацію свої прав і інтересів після моменту звернення до закладу охорони здоров'я.

Ознаками адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: 1) включає в себе: судовий захист, державний захист та правовий захист; 2) здійснюється як суб'єктами органів виконавчої влади, так і правоохоронними органами; 3) передбачає виникнення факту порушення прав пацієнтів; 4) наявна шкода пацієнту; 5) результатом є прийняття імперативного індивідуального адміністративного акту.

Особливостями адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: 1. є природнім правом особи, яке спричинило виникнення ряду похідних прав - право на лікарські засоби; право на первинну та вторинну лікарську допомогу; право на післямедичну допомогу; право на отримання медичних послуг (як платних, так і безоплатних); реабілітаційних послуг; право на якісне медичне обслуговування; право на свободу вибору; право на безпеку тощо; 2. нормативною підставою адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є загальне та спеціальне законодавство. Відзначено, що в нормах спеціального законодавства не достатньо урегульовано досліджувана сфера; 3. формами захисту прав пацієнтів є традиційні судовий та позасудовий; 4. пацієнт є учасником адміністративно-правових відносин, що виникають в сфері охорони здоров'я між ним та закладом охорони здоров'я; 5.

здійснюється системою суб'єктів публічної адміністрації та громадськими організаціями.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМ АДМІНІСТРАТИВНО - ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

2.1. Поняття та елементи механізму адміністративно - правового захисту прав пацієнтів медичної сфери

Держава в особі уповноважених компетентних суб'єктів повинна сприяти захисту конституційних прав, свобод та інтересів громадян, а нормативно-правові акти, що приймаються повинні в повній мірі захищати права громадян. Прийняття нормативно-правових актів, не повинно погіршувати правове становище осіб. Одним з таких конституційних прав є право на охорону здоров'я, що включає в себе захист прав пацієнтів.

Права та свободи людини і громадянина є основою правового порядку в державі. Це означає, що закріплення прав та свобод людини і громадянина у Конституції та законодавчих актах покладає на усіх учасників правовідносин як певний обсяг можливостей (правомочностей) з реалізації своїх законних інтересів, так і обов'язки у різних видах правовідносин. Тобто, фундаментальність прав та свобод людини і громадянина, їх філософсько-світоглядний зміст та суспільна значимість встановлюють порядок взаємовідносин між носіями таких прав і свобод та іншими учасниками правовідносин [66, с.32].

Таким чином, держава за допомогою юридичних механізмів вступаючи в адміністративно-правові відносини виступає головним суб'єктом захисту прав та свобод особи використовуючи правові засоби.

В словниковій літературі поняття «механізм» як «внутрішню будову, систему чого-небудь, сукупність станів і процесів, з яких складається певне фізичне, хімічне та інше явище» [67, с. 162]; «система, яка використовується для перетворення руху одного чи кількох тіл у потрібному напрямі» [68, с. 797; 64].

В юридичній літературі категорія “механізм” розглядається як інститут, що охоплює собою весь процес практичної реалізації окремих завдань, використання людиною і громадянином наданих їй прав, що забезпечує цьому процесу системний та динамічний характер. Зокрема, в юридичному значенні поняття “механізм” широко використовується вітчизняними та зарубіжними авторами як “механізм держави”, “система державних організацій, за допомогою яких забезпечується державне керівництво суспільством” [69, с. 63]; “механізм переведення прав і обов’язків особи в реальну поведінку” [70, с. 228]; “сукупність факторів, які рухають сам процес, тобто виступають необхідними умовами переводу соціальних благ, що закріплені нормою права, в практичну життєдіяльність конкретної людини, - як слушно зауважує А.Ю. Олійник” [71, с. 161]; «механізм» відіграє в житті людини досить значну роль. Він застосовується практично в усіх сферах життєдіяльності суспільства, але особливо – у сфері суспільних відносин, де, як правило, пов’язується зі здійсненням певного явища, процесу, реалізацією відносин [75, с. 248; 72, с. 88; 64].

Тобто, механізм є комплексною, динамічною категорією, що дає можливість правозастосуванню та правореалізації положень нормативно-правових актів в дію. Залежно від виду юридичного механізму, що застосовується в публічному адмініструванні вирізняють певні особливості. Певними особливостями, що вирізняють його з-поміж інших видів юридичних механізмів наділений і механізм адміністративно-правового захисту.

С.С. Алексєєв поняття «захист прав» розуміє як державно-примусову діяльність, спрямовану на реалізацію «відновлювальних» завдань – на поновлення порушеного права, забезпечення виконання юридичного обов’язку [67, с. 51]. Таким чином, захист прав фізичних осіб являє собою регламентовану законодавчими нормами діяльність уповноважених суб’єктів. Відповідно владний характер даної діяльності дає можливість застосовувати заходи адміністративного примусу.

Захист прав пацієнтів в сфері охорони здоров'я уповноваженими органами публічної адміністрації включає як превентивну (вжиття заходів для попередження порушень прав пацієнтів), правопоновлювальну (комплекс заходів, в тому числі, застосування заходів адміністративного примусу), так і каральну (притягнення винних осіб до юридичної відповідальності та накладення адміністративних стягнень) функції.

М.П. Рагозін визначає, що юридичний механізм захисту прав людини - це можливість здійснення громадянами певних вчинків щодо захисту власних прав і свобод, а також система органів, які захищають і забезпечують ці права та свободи. Система органів, які захищають і гарантують права людини: Верховна Рада України; Президент України; Кабінет Міністрів; центральні та місцеві органи державної виконавчої влади; органи місцевого самоврядування; органи міліції; служба безпеки; прокуратура; суд» [73]. З такою думкою М.П. Рогозіна погоджується й О.Г. Огородник, проте він до механізму захисту прав відносить ще й громадські організації, правові та нормативні акти, які покликані захищати права людини [74; 64]. На нашу думку точка зору О.Г. Огородникова є слушною. Так, громадський контроль відіграє важливу роль як ефективна інституція щодо захисту прав пацієнтів в сфері охорони здоров'я.

Основами законодавства України про охорону здоров'я визначено, що однією з гарантій права на охорону здоров'я є можливість: 1) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я; здійснення громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я (ст.7); вживати заходів щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди (ст.8). В той же час, ст.24 визначено право громадян, в тому числі, пацієнтів на участь в здійсненні заходів в сфері охорони здоров'я.

Так, передбачено, що державні органи, заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. При державних та комунальних закладах охорони

здоров'я, що надають медичну допомогу вторинного і третинного рівнів, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення, за рішенням власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) утворюються спостережні ради з обов'язковим залученням представників громадськості (за їхньою згодою). Спостережні ради також можуть утворюватися за рішенням власника при інших закладах охорони здоров'я. Спостережні ради розглядають питання, зокрема, щодо дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я, фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я. До складу спостережної ради закладу охорони здоров'я, крім представників власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) та відповідних органів виконавчої влади та/або органів місцевого самоврядування, входять (за їхньою згодою) депутати місцевих рад, представники громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я. При закладах охорони здоров'я з метою сприяння їх діяльності можуть також утворюватися опікунські ради. Окрім того представники громадськості в здійсненні відповідних заходів з питань державної політики у сфері охорони здоров'я [59].

Втім, громадськість як окремий суб'єкт захисту прав пацієнтів не виконує дискреційні та владно-управлінські функції і відповідно являється допоміжним суб'єктом захисту прав пацієнтів. Разом з тим, інколи участь громадськості в захисті прав пацієнтів є більш дієвою та сприяє активізації діяльності уповноважених суб'єктів публічної адміністрації щодо захисту прав пацієнтів в сфері охорони здоров'я.

Отже, механізм захисту прав є системою та комплексом послідовних дій, які спрямовані на захист прав людини та громадянина. Крім того, у зміст даного поняття включено і суб'єктів такого механізму захисту [64, с.65-66].

Видовим елементом захисту прав пацієнтів є адміністративно-правовий захист прав пацієнтів.

В.В. Галунько розуміє поняття «адміністративно-правовий захист» динамічні (активні) дії публічної адміністрації, спрямовані на відновлення порушених прав, свобод та законних інтересів фізичних і юридичних осіб, усунення перешкод щодо їх здійснення засобами адміністративного права з можливістю застосування заходів адміністративного примусу та притягнення винних до адміністративної відповідальності [75, с. 247].

Досить неординарне визначення адміністративно-правового захисту пропонує С.Я. Бурда - взаємодія людей. Важливе значення належить прийомам, способам, операціям стимулювання, активізації і направлення діяльності громадянина зі сторони державних органів і посадових осіб [76, с.48]. На нашу думку, визначати адміністративно-правовий захист як взаємодію людей є неправильно, адже, термін з лат. термін «administrare» означає допомагати, прислужувати, завідувати; той, хто пов'язаний з управлінням, керуванням; той, що входить у повноваження виконавчої влади [77]. Саме тому, в першу чергу, адміністративно-правовий захист – це діяльність суб'єктів, які виконують владно-управлінські функції.

Погоджуємося з точкою зору Н.В. Глущенко, яка визначає, що поняття «адміністративно-правовий захист» необхідно розуміти як правову діяльність органів публічної адміністрації, яка здійснюється на основі адміністративно-правових норм, а об'єктом адміністративно-правового захисту виступають порушені законні права, свободи та інтереси осіб. Якщо говорити про охорону прав у медичній сфері, то це можна ототожнити з захистом охорони здоров'я населення. Це надзвичайно широка сфера суспільних відносин. Вона охоплює не лише діяльність медичних закладів і працівників охорони здоров'я щодо лікування пацієнтів, тобто надання медичної допомоги, а й виробничу діяльність підприємств по виробництву фармацевтичної продукції, санітарний контроль за умовами праці в усіх сферах економіки, протиепідемічний нагляд органів державної санітарно-епідеміологічної

служби за всією територією країни, а також за її окремими об'єктами тощо [64, с.66-67].

С. Ващенко під адміністративно-правовим захистом прав, свобод і законних інтересів фізичних та юридичних осіб розуміє правозастосовну та правоохоронну владну діяльність публічної адміністрації щодо вирішення індивідуальних справ з метою прискання та відновлення порушень прав, свобод і законних інтересів фізичних та юридичних осіб, відшкодування збитків потерпілим і притягнення винних до адміністративної відповідальності або / та створення умов для притягнення їх до іншого виду юридичної відповідальності [78].

На думку Г. Ткача адміністративно-правовий захист прав особи служить надійною гарантією швидкого, ефективного та об'єктивного перетворення загального поняття захист прав людини з риторики в реальність. Важливою ознакою доступності цього способу захисту є його „собівартість” (розмір витрат – від моральних засобів до витрачених зусиль і часу). Проте адміністративно-правовий захист стане насправді „економічним” за умови перегляду пануючих у цій сфері концепцій та процесуального законодавства. Власне адміністративний порядок захисту прав і свобод громадян, вважає Г. Ткач, визначається не характером охоронюваних прав, а колом державних органів, які здійснюють цей захист, та змістом норм, що регулюють процес їх правозахисної діяльності [79, с. 240].

В.В. Назаров вважає, що самі заходи захисту є первинною захисною реакцією на самий факт відхилення від охоронних заходів, мають завдання примусити зобов'язану особу виконувати обов'язки, покладені на неї законом [31, с. 385-391].

С. Шевчук вважає, що питання захисту прав людини та приведення української системи цього захисту як за формою, так й за змістом, до європейського рівня, хоча би стосовно мінімальних стандартів, що гарантуються Європейською конвенцією про захист прав людини та

основних свобод 1950 р. та практикою Європейського суду з прав людини, є, по суті, нашим першим важливим європейським іспитом відданості нашої правничої еліти європейським правовим ідеалам та цінностям. Позитивне складання цього іспиту необхідне не лише для задоволення прагнень України до вступу в Європейській Союз. Це насамперед потрібно нашим громадянам, фізичним та юридичним особам, які щоденно потерпають від порушення своїх прав та свобод [80, с. 8].

В.В. Назаров поділяє захист прав і свобод особи на внутрішньодержавний, що здійснюється за допомогою внутрішньодержавних засобів захисту прав і свобод особи, і міжнародний, що здійснюється на основі загально визнаних засад і норм, які регулюють сферу захисту прав і свобод особи міжнародними установами і організаціями, що наділені відповідними функціями і повноваженнями [31, с. 385–391]. В свою чергу, на думку В.В. Назарова, внутрішньодержавний захист прав і свобод особи поділяється за суб'єктами здійснення цього захисту на: - судовий; - прокурорський; - захист прав громадян захисником; - захист Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини; - захист прав людини і громадянина громадськими правозахисними організаціями [31, с. 385–391].

На нашу думку, механізм захисту прав пацієнтів є дворівневим. З одного боку, норми міжнародного законодавства встановлюють основи захисту прав пацієнтів. З іншого, норми національного законодавства не суперечать міжнародно-правовим актам, які ратифікувала Україна та визначають зміст механізму адміністративно-правового захисту прав пацієнтів, що не обмежується виключно особливостями суб'єктів.

О.В. Муза акцентує увагу на необхідності розмежування таких понять як «механізм адміністративно-правового регулювання» та «механізм адміністративно-правового захисту».

Єдиних підходів у теорії права щодо встановлення правових ознак, які розмежовують зазначені правові категорії не існує, але можна стверджувати про те, що механізм реалізації та захисту прав громадян охоплюється

механізмом правового регулювання, останній виступає по відношенню до першого як «широка» за змістом правова категорія. Це пояснюється тим, що механізм реалізації та захисту прав громадян вміщує у собі ті складові елементи, що забезпечують учасникам правовідносин здатність набувати, реалізовувати та захищати свої права, при цьому такі правові процеси відбуваються у контексті загального правового регулювання суспільних відносин. Тобто, механізм правового регулювання є правовою базою для вироблення правових засобів і способів реалізації та захисту учасниками правовідносин своїх прав, свобод та інтересів. Із вищевикладеного випливає, що адміністративно-правовий механізм захисту прав, свобод та інтересів фізичних і юридичних осіб походить за своїм змістом від загального механізму реалізації та захисту прав громадян, разом із тим має свої певні особливості як окреме правове явище адміністративного права [66, с.33].

Крім того, треба зазначити, що В.В. Галуцько, В.І. Олефір, М.П. Пихтін досліджуючи види та зміст механізму адміністративно-правового захисту (охорони) відзначають, що він є схожим із механізмом адміністративно-правового регулювання та використовує для своїх цілей елементи з метою запобігання правопорушенням (профілактики злочинів), відновлення порушених прав, свобод і законних інтересів фізичних та юридичних осіб [75, с. 251].

Автори відзначають, що механізм адміністративно-правового захисту дає змогу поглянути на адміністративну матерію певних галузей, сфер чи секторів суспільних відносин у комплексі, одночасно дає можливість проаналізувати долю кожного правового елемента в забезпеченні спільного результату та залишити за межами аналізованих систем елементи, які привнесені штучно та не забезпечують спільних функцій [75, с. 248].

О.В. Муза під адміністративно-правовим механізмом захисту прав, свобод та інтересів фізичних і юридичних осіб пропонує розуміти комплексну, системну та складну категорію адміністративного права, що наділена регулятивною, охоронною та захисною функціями у відносинах

невладних суб'єктів із органами державної влади, органами місцевого самоврядування, їхніми посадовими і службовими особами [66, с.35].

Механізм адміністративно-правового захисту (охорони) – це засоби функціонування єдиної системи адміністративно-правового регулювання з метою забезпечення прав, свобод і публічних законних інтересів фізичних та юридичних осіб, функціонування громадянського суспільства і держави [75, с. 251].

Адміністративно-правовий механізм захисту прав людини у медичній сфері має багато спільних і похідних ознак із механізмом правового регулювання, механізмом реалізації та забезпечення прав, свобод і обов'язків людини і громадянина. Під адміністративно-правовим механізмом захисту прав у медичній сфері, Н.В. Глущенко пропонує розуміти сукупність адміністративно-правових засобів, що здійснюється органами державної влади, підприємствами, установами, організаціями чи посадовими особами з приводу забезпечення реалізації та відновлення прав у медичній сфері [64, с.65-66].

Отже, механізм адміністративно-правового захисту прав пацієнтів – це комплексна категорія адміністративного права, що являє собою систему взаємопов'язаних самостійних складових, що сприяють захисту фізичних осіб від дій, рішень, бездіяльності суб'єктів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, їх посадових та службових осіб, а також керівників та працівників закладів охорони здоров'я.

Досліджуючи структуру (внутрішню будову) механізму адміністративно-правового захисту науковці по-різному підходять до визначення його елементів. Так, В. Кравчук відносить систему різноманітних юридичних засобів, за допомогою яких здійснюється правове регулювання, тобто владний вплив на суспільні відносини [75, с. 248; 81, с. 232]; З. С. Гладун зараховує правові норми, юридичні факти, правовідносини, норми тлумачення права, реалізацію правових норм [82, с. 715]; С.Т. Гончарук - систему адміністративно-правових засобів (елементів), за допомогою яких

здійснюється правове регулювання (упорядкування) суспільних відносин у сфері державного управління [75, с. 248; 83, с. 23; 84].

Як окремий елемент механізму адміністративно-правового захисту О.В Красногор відносить цілі як його змістовну ознаку [84, с.217]..

З аналізу наукових праць О.В. Красногора, можемо визначити, що до таких цілей в досліджуваній нами сфері варто віднести: 1) запобігання протиправному посягання на права та публічні законні інтереси пацієнтів; 2) не допущення порушення прав свобод і законних інтересів пацієнтів працівниками закладів охорони здоров'я як державними, так і приватними; 3) забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення; 4) забезпечення якісних медичних послуг та лікарських засобів; 5) припинення порушення прав, свобод і законних інтересів пацієнтів; 6) вжиття заходів щодо поновлення прав і законних інтересів пацієнтів; 7) каральна, тобто притягнення винних до юридичної відповідальності та застосування заходів відповідальності, в тому числі, адміністративних стягнень.

О.В. Муза до внутрішньої структури адміністративно-правового механізму захисту прав, свобод та інтересів фізичних і юридичних осіб пропонує відносити: нормативний, інституційний, адміністративно-процедурний (управлінський) та адміністративно-правозастосовчий рівні. Де нормативний рівень - включає у себе правові норми адміністративного права, що забезпечують участь невіддільних суб'єктів адміністративного права у відносинах владно-управлінського характеру; інституційний - включає у себе систему органів державної влади та місцевого самоврядування, на які покладено завдання із забезпечення та сприяння реалізації фізичними і юридичними особам своїх прав, свобод та інтересів в адміністративно-правових відносинах; адміністративно-процедурний (управлінський) - включає у себе сукупність адміністративних процедур, за допомогою яких відбувається реалізація прав, свобод та інтересів невіддільних суб'єктів адміністративного права; адміністративно-правозастосовчий - включає у себе сукупність адміністративних та адміністративно-судових процедур, за

допомогою яких відбувається реалізація прав, свобод та інтересів невіддільних суб'єктів адміністративного права. Зокрема, такі судові процедури передбачені КУпАП, КАСУ та іншими законодавчими актами [66].

Н.В. Глущенко до елементів механізму адміністративно-правового захисту прав у медичній сфері відносить: 1) сукупність адміністративно-правових заходів; 2) суб'єктів адміністративно-правового механізму захисту прав у медичній сфері - органи державної влади, підприємства, установи, організації чи посадові особи; 3) заходи, спрямовані на забезпечення реалізації та відновлення прав у медичній сфері [64, с.68].

Як самостійний елемент механізму адміністративно-правового захисту громадян Н.А. Осипенко відносить методи - це спосіб, прийом практичної реалізації правозахисних завдань і функцій в повсякденній діяльності органів управління (посадових осіб) на основі закріпленої за ними компетенції у встановлених межах і у відповідній формі. Методи, на її думку дають вичерпний перелік на питання, як функціонує правозахисний механізм, як практично здійснюються правозахисні функції, за допомогою яких засобів. Особливістю цих методів являється їх застосування за дорученням держави, тобто офіційно, а також у встановленому порядку. Вони відповідають певним вимогам: мати здатність формувати і забезпечувати реалізацію правозахисних впливів, бути різними і пристосованими до широкого використання, бути реальними і гнучкими [85].

Н.А. Осипенко виділяє дві групи методів: методи функціонування органів державної влади та місцевого самоврядування, які здійснюють адміністративно-правовий захист фізичних осіб; методи забезпечення реалізації правозахисних цілей і функцій. Перші методи охоплюють способи, прийоми, дії осіб, органів і посадовців, які залучені до процесу управлінсько-правового захисту, що пов'язані з підготовкою та реалізацією правозахисних рішень, а також здійснення організаційної правозахисної діяльності. Методи першої групи передбачають використання наступних способів і прийомів дій: вивчення конкретних ситуацій на місцях, на керованих об'єктах, теоретичне

усвідомлення правозахисної проблеми; ознайомлення з наявним досвідом вирішення подібного завдання; складання інформаційних записок, доповідей і довідок; аналіз статистичних матеріалів; обґрунтування різних альтернатив вирішення проблеми [85]. Друга група методів зв'язана із правовою і управлінсько-захисною діяльністю: методи роботи з інформацією, методи правотворчої, оперативно-виконавчої і правоохоронної діяльності, методи підготовки і проведення організаційних заходів, методи відбору і розвитку управлінських кадрів [85].

Отже, на підстав аналізу наукових праці адміністративістів щодо сутності та елементів механізму адміністративно-правового захисту прав фізичних осіб відзначимо, що відсутня єдність наукових підходів. Механізм адміністративно-правового захисту та механізм адміністративно-правового захисту прав пацієнтів співвідносяться між собою як ціле та частина. Останньому притаманні всі особливості загального та з огляду на специфіку сфери адміністрування свої специфічні риси.

Таким чином, на нашу думку, **елементами механізму адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є:**

- *система нормативно-правових актів, якими урегульовані відносини адміністративно-правового захисту прав пацієнтів;*
- *суб'єкти публічної адміністрації, що уповноважені здійснювати адміністративно-правовий захист прав пацієнтів;*
- *форми захисту прав пацієнтів – судова та позасудова;*
- *методи публічного адміністрування за допомогою яких здійснюється захист прав пацієнтів;*
- *адміністративні процедури захисту прав пацієнтів, що визначені в Кодексі України про адміністративні правопорушення, Кодексі адміністративного судочинства та законах України.*

2.2. Нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери

Сфера охорони здоров'я є однією з найважливіших сфер публічного адміністрування. Від діяльності публічної адміністрації та нормативно-правової бази, якою урегульовуються відносини в досліджуваній сфері залежить фізичне здоров'я населення. Нормативно-правові акти, якими визначено правовий статус пацієнта в медичній сфері здійснюють правовий вплив на діяльність публічних органів управління, органів, установ та закладів охорони здоров'я. Норма права є обов'язковим системоутворюючим елементом механізму адміністративно-правового регулювання захисту прав пацієнтів. В нормах права закріплено конституційне право особи на охорону здоров'я; наведено категоріальний апарат, зокрема: «пацієнт», «медична допомога», «медична послуга», «медичне обслуговування», «державні медичні гарантії» тощо; закріплено права та обов'язки пацієнта; визначено обов'язок держави гарантувати особі право на охорону здоров'я тощо.

Слід відзначити, що існуюча система нормативно-правових актів, що регулює відповідні відносини має несистемний, розгалужений характер та не відповідає потребам пацієнтів щодо захисту їх прав. Як наслідок порушення прав пацієнтів; неможливість забезпечення виконання державних гарантій права особи на отримання медичної допомоги та медичних послуг; неефективність прийнятих стратегій та концепцій реформування сфери охорони здоров'я та відповідно правового статусу пацієнта; порушення прав пацієнтів тощо. Саме тому, наразі, нашим завдання є визначення системи нормативно-правових актів, якими урегульовано відносини між пацієнтом та органами публічної адміністрації; правове становище пацієнтів в медичній сфері та ін.

У юридичній літературі науковці наступним чином визначають поняття «правове регулювання»:

1) здійснюваний усією системою юридичних засобів державно-владний вплив на суспільні відносини з метою їх упорядкування, охорони та розвитку [86, с. 7]; 2) дія права на суспільні відносини за допомогою певних юридичних засобів, насамперед норм права [87, с. 217]; 3) здійснюваний за допомогою системи правових засобів (юридичних норм, правовідносин, індивідуальних приписів та ін.) результативний, нормативно-організаційний вплив на суспільні відносини з метою їх упорядкування, охорони, розвитку відповідно до суспільних потреб [88, с. 145]; 4) результативний, нормативно-організаційний вплив на суспільні відносини спеціальної системи правових засобів, тобто норм права, правовідносин [89, с. 48; ⁹⁰].

Як упорядкування, охорона та розвиток суспільних відносин, які здійснюють громадянським суспільство або держава за допомогою правових засобів, - правове регулювання визначає В. В. Ліщук. На думку автора, правове регулювання охоплює: специфічну діяльність держави (її нормотворчих органів) або громадянського суспільства, пов'язану з виробленням норм права і з визначенням юридичних засобів забезпечення їх дієвості. У цьому аспекті змістом правового регулювання охоплюється різноманітна діяльність нормотворчих органів держави, пов'язана з вибором типу, методів, способів регламентації, визначенням співвідношення нормативних та індивідуальних засобів регулювання, що об'єктивно необхідні в певних соціально-економічних і політичних умовах для забезпечення нормального функціонування громадянського суспільства, його інститутів, організації життєдіяльності людей на цивілізованих засадах; діяльність безпосередніх учасників суспільних відносин, спрямована на пошук і використання засобів юридичного регулювання для узгодження своєї поведінки з нормами права (їх принципами, цілями, призначенням). Це зумовлює необхідність врахування специфіки духовно-культурної сфери, зокрема національних та релігійних особливостей учасників правовідносин [91, с. 10; 90].

Ю. С. Решетов зазначає, що правове регулювання виступає як особлива юридична складова механізму дії права. У правовому регулюванні відповідної діяльності автор виділяє правові засоби. Межі правового регулювання фіксують кордон юридичного впливу на суспільні відносини, дія ж норм права в часі, у просторі і за колом осіб окреслює межі їх реалізації. Причому це межі й індивідуального правового регулювання, яке входить у механізм реалізації права. Межі правового регулювання відображають місце і роль юридичних засобів у системі загальної соціального регулювання [92; 90].

О.В. Зайчук акценту увагу, що правове регулювання обумовлюється рівнем зрілості та стійкості суспільних відносин, станом економічного розвитку суспільства, загальним рівнем правової культури населення тощо [93].

Теоретики права по-різному підходять до визначення поняття «правове регулювання»: О. Ф. Скакун, правове регулювання визначає як упорядкування поведінки людей за допомогою нормативно-правових актів, розрахованих на їх багаторазове застосування за наявності передбачених ними обставин [94, с. 490]; А. Ф. Черданцев стверджує, що правове регулювання – це упорядкування суспільних відносин за допомогою норм права та інших правових засобів (актів застосування, договорів тощо) [95].

Таким чином, *правове регулювання – це вплив на поведінку суб'єкта права за допомогою норми права.*

Характерними ознаками поняття «правове регулювання» є: по-перше, один з видів соціального регулювання, тобто регулювання, що існує в суспільстві й пов'язане з упорядкуванням суспільних відносин; по-друге, в його основі лежить державне регулювання, оскільки позитивне право встановлюється або санкціонується державою, а отже, є державним регулятором суспільних відносин; по-третє, певний вплив на суспільні відносини; по-четверте, здійснюється за допомогою норм позитивного права та інших правових засобів. Норми права та інші правові засоби в сукупності

становлять механізм правового регулювання; по-п'яте, його метою є упорядкування суспільних відносин [96].

Правове регулювання можна розглядати як нормативне, так й індивідуальне. Нормативне та індивідуальне правове регулювання може бути як односторонньо-владним, вертикальним, так і договірним, горизонтальним. Володіючи відносною самостійністю, ці види правового регулювання не виключають, а доповнюють один одного. Перше пов'язане з прямим владним регулюванням суспільних відносин. Взаємозумовленість функціонування державної, муніципальної влади і права втілюється тут досить послідовно. Односторонньо-владне, вертикальне правове регулювання супроводжується виданням нормативних та індивідуальних (правозастосовних) актів. При цьому, процес створення таких юридичних актів утілюється в особливій правотворчій та правозастосовній відносині. Автономне, горизонтальне правове регулювання здійснюється на базі угод. Суб'єкти, які перебувають в автономному становищі один до одного й укладають різні види нормативних та індивідуальних правових договорів, регулюють не тільки власну поведінку, а й встановлюють взаємні права та обов'язки. Причому здійснення правових договорів відрізняється від реалізації нормативних та індивідуальних актів. Утілення в життя правових договорів може, зокрема, породжувати особливу діяльність щодо забезпечення виконання прийнятих сторонами зобов'язань. Відносини захисту прав пацієнтів регулюються як шляхом нормативного, так й індивідуального правового регулювання [97, с.163].

Нормативно-правові акти з захисту прав пацієнтів мають як індивідуальний, так і загальний характер. Можуть визначати як загальні положення гарантування прав пацієнтів в медичній сфері, так і встановлювати особливості реалізації прав пацієнтів, визначати державні гарантії захисту прав пацієнтів, передбачати розроблення та прийняття програм захисту прав пацієнтів за окремими напрямками надання медичної допомоги та/чи медичних послуг та/чи медичного обслуговування.

Отже, під **нормативно – правовим регулюванням прав пацієнтів медичної сфери** пропонуємо розуміти *систему міжнародних правових актів та актів національного законодавства, які урегульовують публічно-правові відносини з захисту прав пацієнтів шляхом застосування адміністративно-правових засобів і пов'язаний із встановленням конкретних прав й обов'язків суб'єктів відповідних відносин.*

Наявність ефективної системи нормативно-правового регулювання захисту прав пацієнтів є неодмінною передумовою для створення в Україні ефективної системи охорони здоров'я; гарантування пацієнтам права на захист їх прав; забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я наближених до пацієнтів; підвищення рівня медичної допомоги, надання медичних послуг пацієнтам; дієвості медичної реформи тощо.

Система нормативно-правового регулювання захисту прав пацієнтів має досить розгалужений характер. Головною підставою, за якою правові акти поділяються на види, є їх юридична сила, що визначає місце акта, його значення, верховенство або підлеглисть і залежить від статусу, ролі й органу, який видає акт. В теорії права найпоширенішим є поділ системи нормативно-правових актів в залежності від суб'єкта нормотворчості нормативно-правові акти поділяються на акти, які приймає: Верховна Рада України – закони і постанови; Верховна Рада Автономної Республіки Крим – постанови (з питань, що носять нормативно-правовий характер) / рішення (з питань організаційно-розпорядчого характеру); Президент України – укази (нормативні та ненормативні) / розпорядження; Кабінет Міністрів України – постанови і розпорядження; керівники міністерств і відомств – нормативні накази, інструкції, розпорядження, положення, вказівки міністра; Рада Міністрів Автономної Республіки Крим – постанови, рішення і розпорядження; голови місцевих (обласних і районних) державних адміністрацій – розпорядження; місцеві ради народних депутатів, їх виконавчі комітети – рішення і нормативні постанови; керівники їхніх управлінь і відділень – нормативні накази; адміністрація державних

підприємств, установ, організацій – нормативні накази, статути, положення та інструкції [98, с.316].

Притримуючись класичної точки зору, пропонуємо за юридичною чинністю нормативно-правові акти, що регулюють відносини захисту прав пацієнтів, можна класифікувати таким чином: 1) міжнародні правові акти; 2) закони України; 3) підзаконні нормативно-правові акти: акти Верховної Ради України; укази й розпорядження Президента України; постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України; акти центральних та місцевих органів виконавчої влади; рішення органів місцевого самоврядування).

Розглянемо їх детально.

Основоположним міжнародним нормативно-правовим актом в якому визначено обов'язок кожної держави та право фізичної особи на охорону здоров'я є Декларація прав людини. Ст.25 визначено, 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 [99].

Базовим міжнародним актом в якому безпосередньо визначено захист прав пацієнтів є Європейська соціальна хартія. До актуальних для захисту прав пацієнта положень Європейської соціальної хартії належать такі: ст. 11 (право на охорону здоров'я); ст. 13 (право на соціальну й медичну допомогу); ст. 14 (право користуватися послугами соціальних служб); ст. 15 (право інвалідів на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у суспільному житті); ст. 16 (право сім'ї на соціальний, правовий та економічний захист); ст. 17 (право дітей та підлітків на соціальний, правовий і економічний захист); ст. 19 (право трудящих-мігрантів та їхніх сімей на захист і допомогу); ст. 23 (право осіб похилого віку на соціальний захист) [100].

Слід відзначити, що види прав пацієнтів, які визначені в Хартії стали основою для виокремлення прав пацієнтів і в Україні, а більша частина їх

визначена в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Конвенцією про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину проголошено низку основних принципів прав пацієнта, зважаючи на преамбулу про «необхідність поважати людину як окрему особистість і як члена людської спільноти та визнаючи важливість забезпечення її гідності». Конвенція обов'язкова для виконання державами, які її ратифікували. Основні положення: рівноправний доступ до медичної допомоги (ст. 3); попередньо висловлені побажання (ст.9); приватне життя та право на інформацію (ст.10) [101].

Ст.49 Основного закону встановлено, що держава гарантує право особі на охорону здоров'я. Змістом права на охорону здоров'я є рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя [59]. Таким чином, право на охорону здоров'я є комплексним правом, яке варто розглядати в єдності його окремих елементів. Права пацієнтів в медичній сфері, вважаємо, є видовим елементом права на охорону здоров'я.

Саме тому, систему нормативно-правового регулювання прав пацієнтів медичної сфери доречно розкривати через норми права, які урегульовують адміністративно-правові відносини, що виникають між пацієнтом та суб'єктами публічної адміністрації та/або закладами системи охорони здоров'я в особі їх керівників та працівників. Зокрема, це нормативно-правові акти, що визначають:

- доступність пацієнта до інформації про стан свого здоров'я, отримання медичних послуг, електронної системи охорони здоров'я, а також заклади охорони здоров'я, які надають медичні послуги;

- право вільно отримувати та відмовлятися від отримання медичної допомоги та медичних послуг;
- порядок підписання декларації, вибору сімейного лікаря, порядок звернення до лікаря для надання медичних послуг та зміну сімейного лікаря;
- вибір та можливості отримання медичних послуг терапевтичного, операбельного, реабілітаційного та протезного характеру;
- медичне обслуговування;
- лікувальна справа;
- донорство;
- внутрішньо галузева та міжгалузева взаємодія органів державної влади, закладів охорони здоров'я щодо забезпечення прав пацієнтів;
- міжнародна співпраця України з іншими країнами щодо надання медичних послуг пацієнтам;
- юридична відповідальність за порушення прав пацієнтів;
- оскарження рішень, дій та бездіяльності уповноважених суб'єктів, які порушують права пацієнтів.

Фундаментальним нормативно-правовим актом, що визначає захист прав пацієнтів, на сьогоднішній день, є Основи законодавства про охорону здоров'я. Втім, на нашу думку, даним Законом більш розтлумачено конституційне право особи на охорону здоров'я, а питання, що стосуються прав пацієнтів, на жаль, не визначені.

Даним актом, в цілому, законодавець встановив можливість особи звернутися до закладу охорони здоров'я, отримати медичну допомогу та медичні послуги. Зокрема, визначено, що: 1) пацієнт - фізична особа, яка звернулася за медичною та/або реабілітаційною допомогою або медичною послугою та/або якій така допомога або послуга надається; 2) встановлено право пацієнта на медичну субсидію; 3) надано визначення послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга); 4) права та обов'язки громадян в сфері охорони здоров'я тощо.

По, перше, даним Законом визначено, що послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт [59, ст.1]. Втім, на нашу думку, дане визначення є досить широким, що ускладнює можливість визначення змісту «послуга» та відповідно захист прав пацієнтів щодо її отримання. Виникає питання: якого характеру медичні послуги повинна гарантувати держава?

Ми вважаємо, що в поняття медичні послуги повинно включати весь комплекс послуг на які у пацієнта може виникнути потреба: 1) первинний та наступні огляди пацієнта; 2) надання індивідуальної консультаційної допомоги та підбирання найбільш ефективного протоколу лікування пацієнта; 3) надання послуг операційного характеру; 4) здійснення медичних маніпуляцій з метою досягнення найбільш ефективного лікувального впливу; 5) організація та надання медичних процедур; 6) відбирання біоматеріалу для проведення медичних досліджень; 7) амбулаторний догляд за пацієнтом.

Виокремлені види можливих медичних потреб пацієнта, на нашу думку, складають комплекс медичних послуг, які держава повинна забезпечити громадянам.

В той же час, ми не можемо погодитися з законодавчим ототожненням понять «медичне обслуговування» та «медичні послуги». Так, в словниковій літературі під поняттям «обслуговування» прийнято розуміти: - виконувати роботу, функції, пов'язані з задоволенням чийх-небудь запитів, потреб; - забезпечувати, налагоджувати роботу певних знарядь, машин, механізмів і т. ін. [102]. Таким чином, обслуговування не можна застосовувати до всі видів

медичних послуг, що можуть надаватися пацієнтам. Медичне обслуговування можна застосовувати до тієї частини медичних послуг, які не потребують вузько спеціального втручання в роботу функцій організму пацієнта, що відповідно, не вимагає володіння спеціальними знаннями. Так, наприклад, медичне обслуговування можна застосовувати при відібранні біоматеріалу для проведення медичних досліджень та здійсненні амбулаторного догляду за пацієнтом. Втім, не є медичним обслуговуванням надання індивідуальної консультаційної допомоги та підібрання найбільш ефективного протоколу лікування пацієнта; надання послуг операційного характеру; здійснення медичних маніпуляцій з метою досягнення найбільш ефективного лікувального впливу тощо. Саме тому, відстоюємо точку зору щодо необхідності чіткого розмежування понять «медичне обслуговування» та «медична послуга». Пропонуємо, визначити поняття **«медична послуга»** як *професійна дія лікаря чи медичного працівника щодо здійснення огляду пацієнта; надання індивідуальної консультаційної допомоги; надання послуг операційного характеру; здійснення медичних маніпуляцій; організації та надання медичних процедур; відібрання біоматеріалу для проведення медичних досліджень; амбулаторний догляд за пацієнтом.*

Саме тому, вважаємо, що необхідно внести зміни та доповнити ст.3 Основи законодавства України про охорону здоров'я визначенням «медична послуга», при цьому, не ототожнюючи з поняттям «медичне обслуговування».

Розглядаючи питання медичних послуг, на нашу думку, варто відмежовувати від поняття «сервісні (супутні) послуги», тобто ті, додаткові послуги, які не мають медичного характеру, однак пацієнт в силу своїх фінансових можливостей має бажання їх отримати. Сервісна (супутня) послуга носить побутовий характер та повинна передбачати поліпшення побутових умов перебування пацієнта в закладах охорони здоров'я. Так, вважаємо, що заклади охорони здоров'я повинні забезпечувати лише комплекс медичних послуг, а все що стосується підвищення

комфортабельності перебування в закладі охорони здоров'я пацієнт повинен оплачувати додатково. Дані додаткові надходження, вважаємо, можуть стати джерелом додаткового фінансування закладів охорони здоров'я. Втім, в Основах законодавства про охорону здоров'я дана можливість не визначена.

Пропонуємо під **сервісною (супутньою) послугою** розуміти *послуги побутового характеру, які надаються в закладах охорони здоров'я за бажанням пацієнта, які він оплачує самостійно.*

Наступним неурегульованим та досить спірним питанням є позиція законодавця щодо фінансування медичної допомоги, яку отримує пацієнт.

Ст.7 Основи законодавства України про охорону здоров'я визначено, що держава гарантує фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних і реабілітаційних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом.

Передбачено, що фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено, що програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. 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 [26].

Джерелами фінансування є державний та місцевий бюджет, цільові страхові фонди, інші джерела, що не заборонені законодавством.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: 1) екстреної медичної допомоги; 2) первинної медичної допомоги; 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; 5) паліативної медичної допомоги; 6) реабілітації у сфері охорони здоров'я; 7) медичної допомоги дітям до 16 років; 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами [26].

В той же час, слід відзначити, що законодавець розмежовує державні фінансові гарантії на медичну допомогу та послуги та державні гарантії на лікарські засоби та препарати, що на нашу думку, є неправильним. А також, передбачає, що лікарські засоби та препарати надаються безкоштовно виключно у разі надання екстреної медичної допомоги.

Водночас, слід акцентувати увагу, що відповідно до ст.4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» суб'єктами, які мають право у межах програми медичних гарантій отримувати медичну допомогу та медичні послуги є: 1. Громадяни; 2. Іноземці; 3. Особи без громадянства, які постійно проживають на території України; 4. Особи, які визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту. Законодавець визначає обов'язок 2-4 категорій суб'єктів оплатити всі надані медичні послуги, медичну допомогу та лікарські засоби відповідно до виставлених рахунків, окрім екстреної медичної допомоги. Втім, не визначено, що оплату медичної допомоги, медичних послуг та лікарських засобів та препаратів в рамках програми медичних гарантій громадянам України здійснюється за рахунок Державного

бюджету України, тобто для громадян України дані можливості надаються безоплатно, що відповідає положенням ст.8 Основи законодавства України про охорону здоров'я.

З метою узгодження норм закону щодо безоплатності надання екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізована) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізована) медичної допомоги; паліативної допомоги, *вважаємо за необхідне доповнити ч.2 ст.4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» речення наступного змісту: «2. Громадянам України у межах програми медичних гарантій, які визначені в пунктах 1-5 ч.1 ст. 4 даного Закону витрати оплачуються за рахунок державного та місцевого бюджетів у встановленому законодавством порядку».*

Окрім того, вважаємо за необхідне передбачити, що громадянам України безоплатно надається первинна медична допомога в умовах денного стаціонару та у невідкладній формі, спеціалізована медична допомога.

Слід відзначити, що базові нормативно-правові акти – основи законодавства про охорону здоров'я та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не визначають такого поняття як «медичний патронаж». В Україні широко використовується термін соціально-психологічний патронаж, хоча ці два поняття не є тотожними. Так, соціально-психологічний патронаж - це надання психологічної та соціальної допомоги сім'ям, що переживають конфлікт або стресовий стан, а також мають проблеми у вихованні дітей, які у стані хронічної соціально-психологічної дезадаптації і емоційної напруги. Спеціалісти, які здійснюють психологічний патронаж, проводять консультування, знаходять разом з клієнтами альтернативні шляхи виходу з конфліктних ситуацій, виконують посередницькі функції між клієнтом і його оточенням, допомагають знизити у клієнта почуття тривожності, при цьому фахівець повинен кваліфіковано поєднати членів сім'ї в процес планованих

змін [103]. Тобто, даний вид патронажу не пов'язаний з наданням медичної допомоги та медичних послуг. В той час, як медичний патронаж – це професійна діяльність спеціалістів (сімейних лікарів, психологів, реабілітологів, медичних сестер, масажистів, медичних працівників) по надання медичної допомоги та медичних послуг; доставленню лікарських засобів та препаратів; здійсненню необхідних медичних процедур; відібрання біологічного матеріалу на дослідження тощо.

З огляду на законодавче визначення поняття «програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій)», яке наведено в ст.1 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» вважаємо, що зміст та ознаки медичного патронажу повинні бути включені до програми державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), а його визначення повинно бути закріплено на законодавчому рівні.

Таким чином, пропонуємо доповнити ст.2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» поняттям «медичний патронаж» - професійна діяльність спеціалістів (сімейних лікарів, психологів, реабілітологів, медичних сестер, масажистів, медичних працівників) по надання медичної допомоги та медичних послуг; доставленню лікарських засобів та препаратів; здійсненню необхідних медичних процедур; відібрання біологічного матеріалу на дослідження тощо.

Законами України «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах» та «Про захист персональних даних» урегульовані відносини між пацієнтом та закладами охорони здоров'я, електронною системою охорони здоров'я щодо збору, зберігання, використання та захисту інформації і персональних даних про пацієнта у сфері захисту інформації в інформаційних, електронних комунікаційних та інформаційно-комунікаційних системах.

Окремої уваги заслуговує Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440, яким визначено особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році. Його дія поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій із НСЗУ, а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ [104].

Так, п.7 визначено, що НСЗУ не оплачує медичні послуги, які оплачено за рахунок коштів інших джерел, не передбачених договором. Інформація про медичні послуги, які оплачуються за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, вноситься надавачами медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я. На нашу думку, обов'язок пацієнта надавати надавачам медичних послуг відомості про медичну послугу, яку було самостійно оплачено пацієнтом до електронної системи охорони здоров'я відомості є порушенням її права на конфіденційність інформації. При тому, що пацієнт не заявляє вимог по оплаті НСЗУ даної послуги або подальшу її компенсацію.

Таким чином, *вбачається необхідним виключити з п.7 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440 наступне речення: «Інформація про медичні послуги, які оплачуються за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, вноситься надавачами медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я».*

Ще одним проблемним питанням залишається забезпеченість державою поширення на всій території України волокнистої мереж інтернет. Виконання даної гарантії є необхідним і в сфері охорони здоров'я в частині захисту прав пацієнтів на оплату з державного бюджету медичної допомоги та надання пакету медичних послуг. Так, Порядком реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році визначено, що Національна служба здоров'я України не оплачує медичні послуги, які надаються за направленнями в паперовій формі, крім випадків направлення пацієнтів, які тримаються в установах виконання покарань або слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби [104].

Стратегією сталого розвитку "Україна - 2020" визначено, що одним з стратегічних індикаторів реалізації є підвищення частки проникнення широкосмугового Інтернету за даними Світового банку складатиме 25 абонентів на 100 осіб [105]. Втім, проблема з високошвидкісним інтернетом залишається не вирішеною. Мова йде навіть не про гірські та далеко віддалені території на яких з користуванням інтернетом є труднощі, а навіть на рівні територіальних громад у відстані 100 від великих міст. Так, станом на 2020 рік Україна посідала 92 місце по світовому рейтингу швидкості інтернету на 92 місці, а в 2021 – 77.

Не дивлячись на те, що програма медичного обслуговування населення включають оплату медичних послуг пацієнту, втім, до тарифів на медичні послуги не включається вартість лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які мають забезпечуватися в централізованому порядку за рахунок коштів інших програм державного бюджету.

На нашу думку, є незрозумілим чому законодавець розділив державні гарантії на медичні послуги для пацієнтів та державні гарантії на лікарські препарати та засоби, які необхідні пацієнту для отримання медичних послуг. Адже, в ст.2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено, що тариф - це ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні

послуги та лікарські засоби. Таким чином, на практиці можлива ситуація, що державною програмою медичних гарантій передбачено надання медичної послуги, однак, у пацієнта немає коштів придбати лікарські засоби та препарати, а державна програма медичних гарантій лікарських засобів та препаратів відсутня. На нашу думку, державні медичні гарантії повинні мати комплексний характер, тобто держава повинна всебічно забезпечити право пацієнту на охорону здоров'я, при тому, що право на медичну допомогу та отримання медичних послуг повинно бути поєднано з правом пацієнта отримати необхідні лікарські засоби та препарати за відповідною програмою державних медичних гарантій. Тим паче, що законодавець самостійне визначає, що пакет медичних послуг – це перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги.

Ст.4 Основ про охорону здоров'я визначено принципи охорони здоров'я, а ст.5 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено основні принципи програми медичних гарантій. Втім, проаналізувавши їх ми приходимо до висновку, що надавачі медичних послуг не керуються принципом індивідуального підходу до пацієнта, принципом довіри пацієнта до свого лікаря та поваги лікаря до пацієнта, принципом швидкого та об'єктивного розгляду фактів порушення прав пацієнтів.

В Україні актуальним залишається питання контролю якості надання медичної допомоги та медичних послуг. Єдиним способом швидкої подачі скарги на дії та надання неякісних послуг пацієнту є телефон гарячої лінії Національної служби здоров'я України 16-77. Втім, даний спосіб є малоефективним для пацієнта. Адже, поки що в Україні не функціонує орган, який би здійснював контроль та реагування на подібні скарги. На нашу думку, функцію контролю та здійснення незалежної експертизи якості медичної та лікарської допомоги потрібно делегувати Національній службі здоров'я України шляхом внесення змін до постанови Кабінету Міністрів

України «Про утворення Національної служби здоров'я України». Пропонуємо доповнити п.4 постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» наступним змістом:

«організовує та здійснює контролю та організовує проведення незалежної експертизи якості медичної допомоги, медичних послуг, лікарських засобів та препаратів».

Ст.24-1 Основи законодавства України про охорону здоров'я визначено, що правові, економічні, організаційні основи захисту прав та законних інтересів пацієнтів визначаються законом. Втім, в жодному з розкритих нормативно-правових актах не визначені ні правові, ні економічні, ні організаційні засади здійснення захисту прав пацієнтів. Саме тому, дане положення потребує більшої правової регламентації, що можливо здійснити шляхом розроблення та прийняття відповідних норм.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. було затверджено однойменну концепцію. Метою Концепції є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я [106].

Втім, слід констатувати, що мета даної реформи за виокремленими етапами не була досягнута, а її ефективність є сумнівною. Так, наприклад, одним з пріоритетних завдань є провадження державного гарантованого пакета медичної допомоги. Так, дійсно, Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» було розроблено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної

якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Однак, згідно принципів Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я медична допомога та медичні послуги надаються на умова співфінансування. Це зокрема, послуги спеціалістів та обстеження за направленням лікаря – частина покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співплатою від пацієнта; без направлення лікаря пацієнт оплачуватиме повну вартість; послуги стаціонарного лікування та високоспеціалізовані послуги покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співплатою пацієнта. Для тих послуг, для яких буде встановлене неповне покриття вартості єдиним національним замовником медичних послуг, передбачається запровадження механізму часткової офіційної співплати пацієнтами. Послуги вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що надаються за прямим зверненням пацієнтів без направлення лікаря, окремі види діагностичних та лікувальних послуг відшкодовуються за рахунок пацієнта в повному обсязі [106].

Також відзначимо, що на сьогодні записатися на прийом до лікаря потрібно через електронний кабінет пацієнта. Втім, слід акцентувати увагу на неможливість своєчасного та швидкого запису та відповідно відвідування необхідного лікаря. Вирішення даної проблеми, на нашу думку, можливо шляхом збільшення кількості лікарів, які надають первинну медичну допомогу. Даний крок зменшить професійне навантаження на лікарів, що попереджатиме професійному вигоранню лікарів; зменшить черги до лікаря; сприятиме своєчасній та швидкій комунікації пацієнта та лікаря.

Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я вперше запроваджено принцип “гроші ходять за пацієнтом”. Основою нової моделі фінансування системи охорони здоров'я має стати перехід від фінансування постатейних кошторисів державних та комунальних закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, розрахованих виходячи з необхідності

утримання наявної інфраструктури цих закладів (такої як кількість ліжок, нормативи забезпечення персоналом тощо), до оплати результатів діяльності цих закладів як автономних суб'єктів господарської діяльності, тобто до оплати фактично наданої ними пацієнтам медичної допомоги. Такий же принцип має бути застосований і щодо регулювання відносин з аптеками [106].

Спірним вбачається запровадження методу фінансування постачальників спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної допомоги залежно від виду послуг, що здійснюватиметься на основі оплати з розрахунку на одного громадянина, оплати за послугу чи оплати за пролікований випадок (для амбулаторних послуг, що надаються у лікарнях, таких як хірургія одного дня) [106]. Втім, не слід забувати, що густина населення території України є різною. І відповідно, кількість пацієнтів теж різна. Втім, витрати на комунальні платежі, медичне обладнання, лікарські засоби тощо можуть перевищувати кошти, які надходять з державного та місцевого бюджетів на утримання таких закладів охорони здоров'я. Разом з тим, негативним моментом вбачається можливий виїзд лікарів в більш заселені міста, що спричинить брак спеціалістів.

Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачено не лише децентралізація фінансування медичної допомоги та медичних послуг, але й децентралізація мережі закладів охорони здоров'я. Так, даною Концепцією передбачено утворення госпітальних округів. Госпітальні округи створюються з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, на території Автономної Республіки Крим, областей, м. Києва та Севастополя [107].

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб. Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівня визначаються таким чином, щоб жителі, які проживають у зоні їх обслуговування (у тому числі суміжних госпітальних округах) у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги [107].

Госпітальні округи повинні наблизити спеціалізований рівень надання медичної допомоги до пацієнтів, але «за нинішніх умов це може призвести до скорочення малопотужних, але потрібних населенню лікарень і вивільнення великої кількості медичних працівників. Тобто під час зміни статусу лікарень загострюватиметься кадрова проблема. Це відбудуватиметься не тільки через звільнених підготовлених медичних спеціалістів, а й через виникнення дефіциту висококваліфікованих медиків для нових спеціалізованих відділень, які мають бути створені відповідно до прописаних законодавством нормативів для госпітального округу. Виникає проблема і з працевлаштуванням випускників медичних закладів і в аспекті формування клієнтської бази сімейних лікарів, і в питанні стимулювання їх працевлаштування в медичних установах первинного рівня, особливо у сільській місцевості. Крім того, формування відповідного кадрового потенціалу в сфері медичних послуг вимагає десятки років, а вже сьогодні у деяких областях спостерігається дефіцит кваліфікованих медиків» [108].

Вважаємо, що варто звернути увагу, що реалізація Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачена в три етапи: 1. підготовчий етап (2017 рік); 2. етап впровадження (2018-2019 роки); 3. етап інтеграції (2020 рік). Втім, з аналізу завдань, які були поставлені перед кожним етапом можна стверджувати, що вона не була реалізована. В той же час, слід відзначити, що третій етап передбачений 2020 роком. Разом з тим,

на сьогодні, відсутній будь-який звіт Міністерства охорони здоров'я України щодо її виконання.

Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. Визначено, що електронною охороною здоров'я (далі - е-здоров'я, eHealth) слід розуміти екосистему гармонічних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження [109].

Передбачено, що реалізація Концепції розвитку електронної охорони здоров'я дасть змогу, зокрема: удосконалити нормативно-правове забезпечення розвитку е-здоров'я; підвищити якість, безпечність та доступність медичних послуг; забезпечити розширення прав і можливостей пацієнтів, надання їм безперервної медичної допомоги, що сприятиме покращенню показників здоров'я населення України; забезпечити дебюрократизацію, адміністративне спрощення та зручні умови роботи для надавачів медичних послуг; сформувати єдиний медичний інформаційний простір та забезпечити інтеперабельність, інтегрованість і гармонійний взаємозв'язок із суміжними сферами; забезпечити інтеграцію до світового медичного інформаційного простору; створити умови для розвитку ІТ-інновацій, використання переваг обробки великих даних та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів у сфері; зміцнити кадровий потенціал у сфері охорони здоров'я та підвищити рівень цифрової компетентності медичних працівників; підвищити ефективність управління сферою та використання ресурсів; залучити громадян до піклування про власне здоров'я та контролю за якістю надання медичних послуг; підвищити прозорість і публічну доступність узагальнених

даних щодо розвитку е-здоров'я; поліпшити інвестиційну привабливість, діловий клімат та конкурентоспроможність держави [109].

Слід відзначити, що дійсно, якщо проаналізувати результати здійсненого нами анкетування, то 56% респондентів відзначили такі позитивні зрушення як: доступність пацієнтів до закладів охорони здоров'я; доступність та мобільність запису до лікаря; запис на процедури вакцинації; отримання електронного рецепту на ліки та інші послуги. Втім, для 23% - переважно люди похилого віку (пенсіонери) відзначили, що для них система eHealth є складною в користуванні, але здебільшого через складність в користуванні ПК.

Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 затверджено перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Так, до таких послуг належать: 1) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я; 2) послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності; 3) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами [110].

Механізм укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з НСЗУ відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено в постанові Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [111].

Прядок укладення, зміни та припинення договору між НСЗУ та суб'єктами господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, незалежно від форми власності та підпорядкування визначено в постанові Кабінету Міністрів України від 27

лютого 2019 р. № 136 «Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію» [112].

Наказом Міністерства охорони здоров'я «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» встановлено порядок надання медичної допомоги при коронавірусній хворобі (COVID-19)".

Звернемо більш детальну увагу на окремі положення даного наказу, що на сьогоднішній день, в умовах не контрольованості поширення пандемії Covid 19 є критичним для пацієнтів. Так, наказом визначено, що в закладах охорони здоров'я слід адаптувати та затвердити клінічні маршрути пацієнтів на усіх рівнях надання медичної допомоги. Втім на практиці пацієнт, який має позитивний тест на Covid-19 перебуває в коридорах та чергах до лікаря в оточенні з пацієнтами, які не мають позитивного тесту. В даному випадку порушується гарантоване конституцією право на охорону здоров'я та принципи отримання медичної допомоги в рамках програми медичного обслуговування.

Підпунктом 1 п.2 визначено, що «медичний працівник, який виявив особу, що відповідає визначенню випадку COVID-19 за умови наявності відповідної технічної можливості вносить по випадку COVID-19 відповідні медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів електронної системи охорони здоров'я. Виникає логічне питання: а якщо такої технічної можливості немає, яким чином медичний працівник повинен повідомити про випадок коронавірусу? Відповідь на дане питання знаходимо в підпункті 2 п.2 «за умови відсутності відповідної технічної можливості медичний працівник реєструє випадок у ф. № 060/о (Журнал обліку інфекційних захворювань) і заповнює ф. № 058/о (Форма первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення) та здійснює інформування керівництва закладу охорони здоров'я для організації подальшого клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та протиепідемічних заходів

індивідуального рівня і на рівні громади; у строк до 12-ти годин з моменту встановлення випадку COVID-19 за ф. № 058/о інформує центр контролю профілактики хвороб МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю. Втім виникає питання, яким чином Національна служба здоров'я України буде оплачувати медичні послуги пацієнту? Адже, відповідно до п.7 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» НСЗУ не оплачує медичні послуги, які надаються за направленнями в паперовій формі [113].

Саме тому, на нашу думку, *потрібно законодавчо урегулювати колізійність норм п.7 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» та підпункті 2 п.2 Наказом Міністерства охорони здоров'я «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» щодо оплати НСЗУ медичних послуг, які не внесені до електронної системи охорони здоров'я.*

Через брак фінансування та високу статистику хворих лікарів та медичного персоналу вбачається «мертвою» норма, що визначена в п. 5 «надавачами первинної медичної допомоги здійснюється моніторинг осіб, які мали контакт з хворими на COVID-19» та п7 «Моніторинг контактних медичних працівників, здійснюється протягом 14 днів після останнього контакту, і включає вимірювання температури, оцінку скарг та обстеження». Слід відмітити, що дані заходи проводилися на початку пандемії Сщмшв-19, але на сьогодні, в зв'язку з зазначеними обставинами вони не виконуються. Відповідно виникає ситуація кругового зараження пацієнтів даною інфекційною хворобою, що підвищує рівень небезпеки та знижує рівень санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Вирішення даної проблеми є складним та комплексним питанням, що потребує додаткового фінансування та контролю за цільовим використанням коштів, які виділяються на боротьбу з ліквідацією та поширенням Covid-19.

В Україні такий фонд було створено в квітні 2020 року - Фонд боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками. Механізм використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками (далі - фонд), який створюється у складі державного бюджету на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України зазначеної хвороби, та протягом 30 днів з дня відміни дії карантину було визначено в постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками» [114].

Міністерство фінансів на постійній основі забезпечує висвітлення інформації про фінансовий стан Фонду, отримувачів коштів, цілі та обсяги їх використання. Держаудитслужба здійснює безперервний контроль за використанням коштів, які спрямовуються в межах Фонду, задля уникнення чи виявлення можливих зловживань із використанням коштів Фонду. Втім, офіційна статистична інформація щодо виділених коштів та ефективності використання розпорядниками коштів державного бюджету, виділених з Фонду боротьби з COVID-19 на сайті Міністерства фінансів України була наведена станом на 27.11.2020 року (https://mof.gov.ua/uk/data_and_analytics-433).

Здійснивши аналіз нормативно-правових актів щодо захисту прав пацієнтів можемо констатувати наступне. Сучасна нормативно-правова база, якою урегульовано захист прав пацієнтів має несистемних та розгалужений характер. Окремі питання щодо конституційного права особи на охорону здоров'я, поняття «пацієнт» визначені в Основах законодавства про охорону здоров'я; види прав та обов'язків пацієнта визначені в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; питання реалізації програм державних гарантій медичного обслуговування населення, реімбурсації лікарських засобів визначені в підзаконних нормативно-правових актах.

Однак, в даних законодавчих актах не вирішено ряд питань. Наприклад, встановлення видів державних гарантій забезпечення прав пацієнта; визначення видів прав пацієнтів; встановлення підстав відповідальності за порушення прав пацієнта та правова регламентація способів та форм їхнього захисту; чітке визначення випадків обмеження прав пацієнта.

Вирішення проблеми розгалуженості та не системності норм національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів, на нашу думку, логічно шляхом *прийняття окремого нормативно-правового акту на рівні Закону України «Про захист прав пацієнтів».*

Структурно даний закон пропонуємо визначити наступним чином:

Розділ 1. Загальні положення

Ст.1 Основні поняття;

Ст.2 Правова основа;

Ст.3 Задачі даного акту;

Ст.4 Принципи захисту прав пацієнтів;

Ст.5 Державна політика захисту прав пацієнтів;

Ст.6 Органи захисту прав пацієнтів.

Розділ 2. Правовий статус прав пацієнтів

Ст.7 Юридичні гарантії захисту прав пацієнтів

Ст.8 Права пацієнтів;

Ст.9 Обов'язки пацієнтів

Ст.10 Юридична відповідальність пацієнтів

Розділ 3. Підготовка та порядок надання медичної допомоги

Розділ 4. Підготовка та порядок надання медичних послуг

Розділ 5. Обмеження прав пацієнтів

Розділ 6. Порядок оцінки якості та ефективності медичної допомоги та медичних послуг

Розділ 7. Засади та порядок здійснення державного контролю щодо захисту прав пацієнтів

Розділ 8. Підстави та порядок притягнення до юридичної відповідальності осіб, які порушують права пацієнтів

Розділ 9. Прикінцеві положення

2.3. Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери

Починаючи з 2016 року в Україні почали впроваджувати реформу системи охорони здоров'я. Даною реформою передбачено нове бачення надання медичної допомоги та медичних послуг пацієнтам, запроваджено

нові підходи до системи фінансування закладів охорони здоров'я та оплати медичної допомоги та медичних послуг пацієнтами, визначено рівні медичної допомоги залежно від складності, передбачено запровадження страхової медицини та державних гарантій медичного обслуговування населення тощо. Однак, успішна реалізація поставлених цілей та завдань медичної реформи не можлива без наявності нормативно-правового підґрунтя та систематичної та злагодженої діяльності уповноважених суб'єктів публічної адміністрації в досліджуваній сфері адміністрування.

Україна намагається переформатувати національну систему охорони здоров'я на основі застарілого управлінського апарату та негативного асоціювання громадянами порядку та якості отримання медичних послуг. Публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я не може розвиватись та функціонувати ізольовано від проблем сьогодення та наслідків суспільного розвитку. Необхідним видається вироблення як довгострокової концепції сталого розвитку системи охорони здоров'я, так і постійного моніторингу існуючих та виникаючих проблем у цій сфері [115, с.63].

Метою публічного управління медичною сферою є розбудова орієнтованої на пацієнта системи, здатної забезпечити справедливе загальне охоплення послугами охорони здоров'я всього населення країни. Відповідно до стратегії ВООЗ це можливо тільки за наявності продуманої багатокомпонентної комунікативної стратегії, яка охоплює населення країни, пацієнтів, медичних працівників та державні установи. Важливим питанням у публічному управлінні сферою охорони здоров'я є забезпечення прозорості, актуальності та достовірності даних, які використовуються для публічного управління охороною здоров'я [116, с.92].

В юридичній літературі відсутня єдність наукових підходів до визначення поняття «публічне адміністрування» та «публічна адміністрація». Здебільшого при тлумаченні даних понять науковці виходять з словникового перекладу понять «*ministrate*» та «*administratio*»: 1) від лат. «*ministrate*» – служити; 2) від лат. «*administratio*» – управління. Це означає

підпорядкованість політичній владі та служіння публічним інтересам [117]. Публічну адміністрацію в науці пропонувано розуміти як систему організаційно-структурних утворень, які на законних підставах набули владних повноважень для їх реалізації в публічних інтересах [118, с.30; ¹¹⁹].

В юриспруденції поняття «публічна адміністрація» запропоновано розглядати наступним чином:

1) це організація та діяльність органів (установ, структурних організацій), що наділені прерогативами публічної влади і підосновою діяльності яких є забезпечення виконання чинного законодавства в публічних інтересах [120, с. 89]; 2) система органів та інших інституцій, підпорядкованих публічній владі, які забезпечують виконання закону та здійснюють інші публічно-управлінські функції [121]; 3) система державних і недержавних суб'єктів публічної влади, ключовими структурними елементами якої є, по-перше, органи виконавчої влади; по-друге, виконавчі органи місцевого самоврядування [122, с. 6]; 4) система органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, що підпорядковані публічній владі, діяльність яких спрямована на виконання закону та реалізацію інших публічно-управлінських функцій, які можуть бути делеговані підприємствам, установам та організаціям, та будь-які інші суб'єкти, що здійснюють функції публічного управління, які своєю діяльністю забезпечують права і свободи людини й громадянина [123, с. 92; 119].

На нашу думку, **публічна адміністрація** – це система органів виконавчої влади та суб'єктів, які виконують делеговані повноваження, які приймають адміністративні акти та уповноважені надавати адміністративні послуги в відповідних сферах публічного адміністрування.

Отже, **публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери** – це система органів виконавчої влади та органів, які виконують делеговані повноваження в сфері охорони здоров'я, метою діяльності яких є гарантування конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення своєчасного, безперервного, високопрофесійного надання

пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також притягнення осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

Вважаємо, що особливостями суб'єктів публічної адміністрації захисту прав пацієнтів є:

1) ієрархічно побудована система органів виконавчої влади, а також суб'єкти, які виконують делеговані повноваження з метою захисту прав пацієнтів;

2) їх діяльність є нормативно визначеною, тобто повноваження та компетенція суб'єктів публічної адміністрації, які захищають права пацієнтів регламентована законодавчими та підзаконними нормативно-правовими актами;

3) уповноважені приймати адміністративні акти, які спричиняють виникнення прав та обов'язків для їх адресатів;

4) мають право притягати осіб до адміністративної відповідальності у разі виявлення факту порушення прав пацієнтів;

5) є суб'єктами надання медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування.

Ст.14 Основи законодавства України про охорону здоров'я визначено, що реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в 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 в сфері охорони здоров'я. Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти,

критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я. Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону [59, ст.14]. Таким чином, система органів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я є ієрархічною, а з огляду на специфіку виконуваних завдань та функцій в досліджуваній сфері органи публічної адміністрації можна поділити на: суб'єктів загальної компетенції та суб'єктів спеціальної компетенції.

Суб'єктом загальної юрисдикції в сфері захисту прав пацієнтів є *Верховна Рада України*. Безумовно, Верховна Рада України безпосередньо не виконує повноваження щодо захисту прав пацієнтів, однак, даний суб'єкт є єдиним, який приймає закони, якими урегульовують відносини в досліджуваній сфері та які є правовою основою для розроблення та прийняття підзаконних нормативно-правових актів. Повноваження Верховної Ради України в сфері охорони здоров'я визначені в ст. 85 Конституції України. До них варто віднести: 1) прийняття законів; 2) затвердження Державного бюджету України та внесення змін до нього, контроль за виконанням Державного бюджету України, прийняття рішення щодо звіту про його виконання; 3) затвердження загальнодержавних програм економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку, охорони довкілля [63, ст.85].

В структурі Верховної Ради України діє 23 комітети Верховної Ради України. Профільним Комітетом Верховної Ради України в досліджуваній

сфері є *Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування*.

До повноважень Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування щодо захисту прав пацієнтів слід віднести: 1) внесення пропозицій щодо удосконалення законодавства про охорону здоров'я, у тому числі про медичну допомогу, лікувальну діяльність, лікарські засоби, медичні вироби, фармацію та фармацевтичну діяльність; 2) розроблення та внесення пропозицій щодо державної політики у сферах боротьби із соціально небезпечними захворюваннями (СНІД, туберкульоз, наркоманія тощо), інфекційного контролю та епідемічної безпеки; сучасні медичні технології та медична техніка; розвиток трансплантології в Україні; 3) розроблення нормативно-правових засад добровільного медичного страхування; 4) визначення та розроблення нормативно-правових актів щодо правового регулювання обов'язкового державного медичного страхування; 5) внесення пропозицій розвитку санаторно-курортного оздоровлення населення; 6) сприяння охороні материнства та дитинства, репродуктивному здоров'ю населення; 7) розроблення правових засад регулювання військової медицини [124].

Наступним суб'єктом загальної юрисдикції, на нашу думку, є *Президент України*. Повноваження Президента України носять більш загальний нормативний характер в сфері охорони здоров'я, зокрема: 1) підписує закони, прийняті Верховною Радою України; 2) 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 [63].

Ст.19 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» визначено, що діяльність *Кабінету Міністрів України* спрямовується на забезпечення інтересів Українського народу шляхом виконання Конституції України та законів України, актів Президента України, а також Програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої Верховною Радою України,

вирішення питань державного управління, в тому числі, у сфері охорони здоров'я [125].

Ст.20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» визначено основні повноваження Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я: забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів; забезпечує розроблення і здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку охорони здоров'я [125].

Таким чином, Кабінет Міністрів України є суб'єктом загальної компетенції. З огляду на його адміністративно-правовий статус та в межах нормативно визначених завдань, Кабінет Міністрів України розробляє та схвалює короткострокові та довгострокові програми розвитку сфери охорони здоров'я в цілому та медицини зокрема.

Наступною групою суб'єктів, повноваження яких безпосередньо спрямовані на захист прав пацієнтів є: Міністерство охорони здоров'я України; Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками; Національна служба здоров'я України; Рахункова палата; місцеві органи публічної адміністрації.

Міністерство охорони здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ 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, забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах: епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та

зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення; розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro*, активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції; забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції; розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки [126].

Основними завданнями МОЗ щодо захисту прав пацієнтів є забезпечення формування та реалізація державної політики є: 1) забезпечення в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта; 2) готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я; 3) встановлює: медичні показники застосування методів стерилізації громадян; регламенти медичних втручань, дозові межі опромінення пацієнтів з урахуванням особливостей конкретних медичних

втручань; правила та періодичність проведення обов'язкових профілактичних оглядів на туберкульоз певних категорій населення; 4) бере участь в організації щорічного медичного обстеження (диспансеризації) осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; 5) затверджує переліки: - захворювань, які дають право на усиновлення хворих дітей без дотримання строків перебування на обліку; - дозволених до застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; - медичних показань для застосування імплантації електрокардіостимуляторів, органів та інших анатомічних матеріалів, які можуть використовуватися для трансплантації; - органів людини, які дозволяється вилучати в донора-трупа, показників безпеки та якості крові, її компонентів і препаратів, що вводяться реципієнтам, органів людини, анатомічних утворень, тканин, їх компонентів і фрагментів та фетальних матеріалів, які дозволяється вилучати в донора-трупа та мертвого плода людини; 6) затверджує порядки: - переведення хворих, які страждають на психічні розлади, щодо яких були застосовані примусові заходи медичного характеру, з одного закладу з надання психіатричної допомоги в інший за рішенням суду про зміну застосування примусового заходу медичного характеру, направлення хворих на наркоманію на примусове лікування; - лікування від наркоманії осіб, які страждають важкими психічними розладами або іншою важкою хворобою, що перешкоджає перебуванню в спеціалізованих закладах охорони здоров'я, осіб з інвалідністю I і II групи, вагітних жінок та матерів, що мають немовлят, а також чоловіків у віці понад 60 років та жінок у віці понад 55 років; 7) затверджує порядки: - здійснення медичного контролю за станом здоров'я хворих, які живуть з електрокардіостимуляторами, а також затверджує умови та порядок заміни електрокардіостимуляторів таким хворим; - створення та ведення загальнодержавного реєстру хворих, які потребують імплантації електрокардіостимуляторів; - ведення реєстрів донорів крові та її компонентів, обміну даними між ними і порядок виключення донорів із

зазначених реєстрів; 8) затверджує: - рішення про проведення лікування громадян за кордоном; 9) затверджує: - перелік і обсяг протитуберкульозних препаратів, якими безоплатно і безперебійно забезпечуються хворі на туберкульоз під час лікування; 10) затверджує порядки ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, та здійснення за ними медичного нагляду; 11) здійснює інші повноваження [126].

До структури Міністерства охорони здоров'я України входять: 12 департаментів; 3 управління; 4 відділи; 4 сектори. Одним з департаментів є юридичний департамент. До структури якого входять: 1. Відділ організації роботи щодо представництва в судових та інших органах державної влади; 2. Відділ договірної роботи; 3. Відділ юридичної експертизи; 4. Відділ організаційно-методичного забезпечення. Як бачимо, структурного підрозділу, який би займався захистом та вирішенням справ щодо порушення прав пацієнтів в структурі департаменту немає. Пацієнти є головними суб'єктами отримання медичної допомоги та медичних послуг. Нажаль, на сьогоднішній день, можемо спостерігати випадки ненадання чи неякісного надання, чи несвоєчасного надання, чи порушення під час надання медичної допомоги та медичних послуг пацієнтів з боку лікарів та працівників закладів охорони здоров'я. І відповідно головний центральний орган виконавчої влади в даній сфері повинен виконуючи свої завдання захищати права пацієнтів, що чітко корелюється з положеннями пп.10, 17 п.2 Положення про Міністерство охорони здоров'я України: забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта; здійснює розгляд звернень громадян з питань, пов'язаних з діяльністю Міністерства охорони здоров'я України, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління [126].

Саме тому, пропонуємо, *створити при юридичному департаментів Міністерства охорони здоров'я України Відділ з захисту прав пацієнтів. При*

цьому, функціонування даного підрозділу повинно бути централізованим за ієрархічним принципом, тобто відділи з захисту прав пацієнтів повинні бути створені також і в структурі органів, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України.

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів 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 [127].

Держлікслужба відповідно до покладених на неї завдань: 1) розробляє проекти державних цільових програм з питань здійснення контролю якості лікарських засобів і медичних виробів та здійснення контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, бере участь у забезпеченні виконання таких програм; 2) проводить галузеву атестацію лабораторій із здійснення контролю якості лікарських засобів; 3) відбирає в установленому порядку зразки лікарських засобів і медичних виробів для перевірки їх якості; 4) здійснює державний контроль за дотриманням вимог законодавства щодо забезпечення якості та безпеки лікарських засобів і медичних виробів на всіх етапах обігу, у тому числі правил здійснення належних практик (виробничої, дистриб'юторської, зберігання, аптечної); 5) здійснює контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами; 6) здійснює державний ринковий нагляд у межах сфери своєї відповідальності; 7) здійснює державний контроль за ввезенням на митну

територію України лікарських засобів; 8) складає протоколи про адміністративні правопорушення та розглядає справи про адміністративні правопорушення у передбачених законом випадках; 9) надає обов'язкові для виконання приписи про усунення порушень стандартів і технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів, а також про усунення порушень під час виробництва, зберігання, транспортування та реалізації лікарських засобів [127].

Діяльність даного суб'єкта щодо захисту прав пацієнтів є дуже важливою, адже, від якості лікарських засобів та препаратів прямим чином залежить стан здоров'я пацієнта. На сьогоднішній день, все більших масштабів набуває проблема підроблених лікарських препаратів та засобів, а їх виявлення стає все складнішим. Неякісні, фальсифіковані лікарські засоби та препарати завдають непоправної шкоди пацієнтам. Так, за даними Всесвітньої організації об'єднаних націй кожна десята упаковка ліків є неякісною чи підробленою у країнах з низьким та середнім рівнем доходів, до яких належить і Україна. Деякі експерти називають цифру в 30 відсотків. Обшуки і арешти підозрюваних у виготовленні фальсифікованих ліків відбуваються регулярно у різних регіонах. За інформацією Держлікслужби, нині в Україні діє трирівнева система контролю якості лікарських засобів. Імпортовані медпрепарати перевіряють при ввезенні в Україну, повторно це мають зробити дистриб'ютори. В українських фармацевтичних компаніях діє система внутрішнього контролю на виробництві. Ввезені і українські ліки додатково перевіряють аптечні заклади перед розміщенням на вітрині. Є ще планові і позапланові перевірки самих аптек. Однак чинним законодавством передбачено повідомляти про них за рік і за десять днів. Це, звісно, значною мірою унеможлиблює виявлення фальсифікатів. Все ж, протягом 2019 року Держлікслужба заборонила обіг 16 найменувань фальсифікованих лікарських засобів. З 2022 року в Україні також діятиме обов'язкове маркування усіх медичних препаратів за допомогою унікального 2D-коду. У межах пілотного проєкту це вже погодилися робити 12 фармацевтичних компаній [128].

За підробку ліків за законодавством України передбачена кримінальні відповідальність – ст. 321-1 Кримінального кодексу України «Фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів» і відповідно кримінальне покарання у вигляді позбавлення волі від 5 до 15 років, або довічне позбавлення волі. При цьому, як додатковий вид покарання конфіскація майна.

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 [129].

Основними завданнями НСЗУ є: 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 [129].

НСЗУ відповідно до покладених на неї завдань: 1) проводить аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій, здійснення стратегічних закупівель медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій; 2) розробляє проект програми медичних гарантій та проекти специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій, вносить пропозиції щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; 3) визначає референтні заклади охорони здоров'я та аналізує витрати таких закладів на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку; 4) надає пропозиції та консультації щодо формування, структури, функціонування та

підвищення ефективності мережі закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, структури та функціонування госпітальних округів; 5) аналізує звіти про доходи і витрати надавачів медичних послуг з метою проведення розрахунку тарифів і коригувальних коефіцієнтів та здійснення інших повноважень, передбачених законодавством; 6) укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію; 7) здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій, умов договорів про медичне обслуговування населення шляхом здійснення моніторингу; 8) отримує та обробляє необхідні для здійснення своїх повноважень персональні дані та іншу інформацію про пацієнтів, надавачів медичних послуг, суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами та уклали договір про реімбурсацію, незалежно від форми власності та підпорядкування; 9) забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я, визначає напрями її розвитку, проводить верифікацію даних у системі, затверджує технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем; 10) забезпечує ведення реєстрів, що входять до складу електронної системи охорони здоров'я, інших державних електронних баз та реєстрів, інших інформаційних систем у сфері, що належить до її компетенції; 12) здійснює оплату згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; 13) здійснює відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій; 14) надає особі інформацію про неї, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, та відомості про осіб, які подавали запити щодо зазначеної інформації відповідно до законодавства;

15) аналізує звітність надавачів медичних послуг щодо переліку та обсягу наданих медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; 16) аналізує звітність аптечних закладів про відпущені лікарські засоби та їх вартість, яка підлягає реімбурсації; 17) інформує уповноважені державні органи про виявлені порушення умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і договорів про реімбурсацію та звертається до суду у випадках, передбачених законом; 18) розглядає звернення та скарги з питань, що належать до її компетенції, виявляє та вживає заходів для усунення причин, що призводять до подання скарг; 19) забезпечує створення можливості для реалізації пацієнтами їх права на вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, шляхом надання роз'яснень стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та інформації про лікарів, що працюють у таких надавачів медичних послуг; 20) узагальнює інформацію та розробляє стратегічні напрями розвитку медичного обслуговування населення з метою досягнення універсального охоплення населення України необхідними медичними послугами та лікарськими засобами за програмою медичних гарантій; 21) здійснює управління знаннями у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; 22) здійснює моніторинг та оцінювання виконання програми медичних гарантій; 23) здійснює інші повноваження, визначені законом [129].

Пацієнти, які вважають, що їх права порушені мають можливість через сайт Національної служби здоров'я України звернутися та викласти свої претензії як он-лайн в електронній формі або заповнити он-лайн форму на сайті, так і надіслати звернення поштою, а також зателефонувати до Інформаційно-довідкової служби Національної служби здоров'я України.

Окрім цього, у разі необхідності та на виконання ст.9 Закону України «Про безоплатну правову допомогу» Національна служба здоров'я України зобов'язана: 1) надавати правову інформацію; 2) надавати консультації і

роз'яснення з правових питань; 3) скласти заяви, скарги та інші документи правового характеру (крім документів процесуального характеру); 4) надання допомоги в забезпеченні доступу особи до вторинної правової допомоги та медіації. Тобто, у разі звернення пацієнта до Національної служби здоров'я України та у разі необхідності остання повинна забезпечити пацієнту надання безоплатної первинної правової допомоги. Втім, на офіційному сайті Національної служби здоров'я України відсутня статистична інформація щодо звернень громадян та надання їх відповідно первинної правової допомоги.

Рахункова палата від імені Верховної Ради України здійснює контроль за надходженням коштів до Державного бюджету України та їх використанням. Рахункова палата підзвітна Верховній Раді України та регулярно її інформує про результати своєї роботи. Рахункова палата є державним колегіальним органом [130].

Ст.4 Повноваження, покладені на Рахункову палату Конституцією України, здійснюються через провадження заходів державного зовнішнього фінансового контролю (аудиту). Державний зовнішній фінансовий контроль (аудит) забезпечується Рахунковою палатою шляхом здійснення фінансового аудиту, аудиту ефективності, експертизи, аналізу та інших контрольних заходів. Фінансовий аудит полягає у перевірці, аналізі та оцінці правильності ведення, повноти обліку і достовірності звітності щодо надходжень і витрат бюджету, встановлення фактичного стану справ щодо цільового використання бюджетних коштів, дотримання законодавства при здійсненні операцій з бюджетними коштами. Аудит ефективності передбачає встановлення фактичного стану справ та надання оцінки щодо своєчасності і повноти бюджетних надходжень, продуктивності, результативності, економності використання бюджетних коштів їх розпорядниками та одержувачами, законності, своєчасності і повноти прийняття управлінських рішень учасниками бюджетного процесу, стану внутрішнього контролю розпорядників бюджетних коштів. Оцінка продуктивності використання

бюджетних коштів передбачає встановлення співвідношення між результатами діяльності розпорядника та одержувача бюджетних коштів і використаними для досягнення таких результатів коштами бюджету. Оцінка результативності використання бюджетних коштів передбачає встановлення ступеня відповідності фактичних результатів діяльності розпорядника та одержувача бюджетних коштів запланованим результатам. Оцінка економності використання бюджетних коштів передбачає встановлення стану досягнення розпорядником та одержувачем таких коштів запланованих результатів за рахунок використання мінімального обсягу бюджетних коштів або досягнення максимального результату при використанні визначеного бюджетом обсягу коштів [130].

Рахункова палата України як головний суб'єкт здійснення держаного аудиту по цільовому та ефективному використанню коштів Державного бюджету України здійснює контроль за діяльністю Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я України.

В сфері захисту прав пацієнтів Рахункова палата контролює виконання програм розвитку медичних програм, виконання етапів медичної реформи, яка була започаткована в 2018 році, а також здійснює аудит коштів, які були надані та витрачені Національною службою здоров'я України. Так, наприклад, рішенням Рахункової палати від 25 травня 2021 року № 11-3 було розглянуто звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу за результатами чого було встановлено факти невиконання цілей програм та цільового використання коштів.

За результатами розгляду Рахункова палата встановила наступне.

1. Міністерством охорони здоров'я України як головним розпорядником бюджетних коштів не забезпечено контролю за витрачанням Національною службою здоров'я України коштів державного бюджету, виділених на оплату пацієнтам медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги. Як наслідок, у 2018–2020 роках кошти

державного бюджету в сумі 38623764,1 тис. грн використовувалися непродуктивно та нерезультативно, а реалізацію у 2018–2020 роках програм фінансування первинної медичної допомоги за принципом “гроші ходять за пацієнтом” не забезпечено. 2. МОЗ не забезпечено у 2018–2019 роках належного планування коштів державного бюджету для надання первинної медичної допомоги за КПКВК 2308020 та у 2020 році – за КПКВК 2308060. 3. МОЗ і НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечили належної організації роботи з визначення тарифів і коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги. Визначення тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2020 роки, здійснювалося МОЗ і НСЗУ за відсутності затвердженої методики їх розрахунку. У МОЗ і НСЗУ немає розрахунків і обґрунтувань до встановлених як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2019 роки, і коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються до тарифу на медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. НСЗУ не забезпечила належним чином виконання повноважень з укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з надавачами первинної медичної допомоги. Рішення про укладання на 2018–2020 роки договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в окремих випадках ухвалювалися комісіями з розгляду заяв за відсутності повного пакета документів та за неналежного їх оформлення всупереч вимогам НСЗУ, визначеним в оголошеннях про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, а також без використання електронної системи охорони здоров’я, що є порушенням пункту 4 Порядку укладання, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. Зміни до

діючих договорів вносилися несвоєчасно. 5. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено належного контролю за виконанням надавачами первинної медичної допомоги умов укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги. Шістнадцять надавачів первинної медичної допомоги надавали її з порушенням вимог частини другої статті 15 Закону України від 02.03.2015 № 222 “Про ліцензування видів господарської діяльності”, пункту 9 і підпункту 4 пункту 13 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285, у частині лікарських спеціальностей та місць провадження господарської діяльності з медичної практики, які не зазначено в документах, що додавалися МОЗ до заяви для отримання відповідної ліцензії, та повідомленнях про зміни до них. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено виконання завдань, визначених у Положенні про Національну службу здоров’я України, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 (далі – Положення № 1101), щодо належного функціонування електронної системи охорони здоров’я. Центральна база даних електронної системи охорони здоров’я несумісна та не має електронної взаємодії з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, визначеними у Порядку функціонування електронної системи охорони здоров’я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, за винятком Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань та Державного реєстру актів цивільного стану громадян (з 01.10.2020) у частині реєстрації народження. Отже, відомості, що містяться у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я, неповні та недостовірні. МОЗ розроблено порядки ведення лише трьох реєстрів із дев’яти, включених до центральної бази даних. 7. НСЗУ всупереч Положенню № 1101 не здійснено заходів щодо забезпечення ефективного використання коштів державного бюджету і організації у 2018–2020 роках

належного функціонування системи внутрішнього контролю за їх використанням [131].

Таким чином, Рахункова палата відзначає, що наявні усі підстави для відмови в наданні висновку щодо достовірності бюджетної звітності за 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 і за 2020 рік за КПКВК 2308060 [131]. За результатами розгляду звіту Рахунковою палатою були надіслані Національній службі здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я України та Міністерству фінансів України рекомендації щодо проведення необхідних заходів по усуненню виявлених недоліків, що порушують права пацієнтів на якісне, своєчасне та безперервне отримання медичної допомоги та медичних послуг.

Рахункова палата провела аудит ефективності протидії туберкульозу в Україні. За результатами здійснених заходів контролю було встановлено, що Міністерство охорони здоров'я України не володіє інформацією про результати обов'язкових профілактичних медоглядів на туберкульоз серед груп ризику та осіб, сфера діяльності яких може призвести до його поширення. Рівень виявлення хвороби під час таких оглядів, за даними обл(міськ)держадміністрацій, склав лише 0,2% від кількості обстежених осіб. Водночас в межах реформування закладів первинної медичної допомоги Міністерство охорони здоров'я України не визначив алгоритму їх дій для попередження розвитку цього захворювання [132].

Аудит засвідчив малий обсяг обстежень контактних осіб з хворими на туберкульоз. У 2018–2019 роках в Україні такий показник становив 1,4–1,6 контактів. У той же час ВООЗ рекомендує обстежувати 5–6 контактів на 1 випадок захворювання. Лікуванням охоплено відповідно 84 і 80% цієї категорії осіб за рекомендованого ВООЗ показника 100%. Показники успішності лікування, визначені ВООЗ, в Україні не досягнуті. Як приклад, ефективність лікування пацієнтів з чутливим до медичних препаратів туберкульозом, які розпочали його у 2016–2018 роках, складала 73% – 74%, рекомендований показник – 85%. Основні причини низької ефективності –

невдале або перерване лікування та смерть хворих на туберкульоз від супутніх захворювань. За висновком аудиторів, МОЗ та «Центр громадського здоров'я» не мають інформації про загальний обсяг коштів, використаних протягом 2018–2019 на протидію туберкульозу. Установи також належно не моніторили забезпеченість потреби регіонів України в засобах для діагностики та лікування хвороби [132].

Як наслідок, через закінчення терміну придатності ліки від туберкульозу, закуплені коштом Глобального фонду на 20,9 млн грн та державного бюджету – на 1,7 млн грн, не були використані. Окрім того, існує ризик невикористання ліків ще на 52,8 млн грн до завершення терміну придатності, придбаних за бюджетні кошти. Кількість протитуберкульозних закладів у межах їх реформування протягом 2018–2019 років зменшилася з 169 до 137, а ліжковий фонд скоротився на 3371 ліжко (16%). У 2020 році планується скорочення ще 3254 ліжок (29%). Нова модель фінансування за надані медичні послуги створює ризики закриття протитуберкульозних закладів у зв'язку з недостатністю коштів місцевих бюджетів на їх утримання. А це може обмежити доступ хворих до медичної допомоги та погіршити епідемічну ситуацію в країні. Підводячи підсумки, Рахункова палата зазначає, що без зміни існуючих підходів до протидії захворюванню на туберкульоз неможливо досягнути цільових показників Глобальної стратегії ВООЗ «Покласти край туберкульозу» на 2016–2035 роки [132; 133].

Рахункова палата також здійснює контроль за реалізацією пілотних проєктів, які реалізуються. Одним з таких проєктів є проєкт щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах НАМН. Його учасниками є 4 науково-дослідні установи НАМН – ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України», ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова НАМН України», ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України»,

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України» [134].

Рахункова палата надіслала інформацію про результати аудиту Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, МОЗ, НАМН та учасникам пілотного проєкту з низкою рекомендацій. Аудитори, зокрема, рекомендують уряду визначити мету, завдання й очікувані результати пілотного проєкту, МОЗ спільно з НАМН – переглянути методику розрахунку тарифів, розглянути можливість створення державної системи стандартизації медичних послуг, їх тарифікації. Учасникам пілотного проєкту аудитори рекомендують, зокрема, запровадити облік пацієнтів, яким надавалися послуги з третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та облік витрачених на це коштів [134].

Найнижчим рівнем суб'єктів публічної адміністрації, які захищають права пацієнтів є місцеві органи публічної адміністрації – місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Дані суб'єкти в своїй структурі мають територіальні органи – департаменти охорони здоров'я, які уповноважені захищати права пацієнтів.

Ст. 22 визначено, що місцева державна адміністрація: 1) реалізовує державну політику в галузі науки, освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, материнства і дитинства, сім'ї та молоді; 2) може здійснювати функції засновника щодо наукових установ, закладів освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; 3) вживає заходів до збереження мережі закладів освіти, культури, охорони здоров'я, фізкультури і спорту та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проєктів програм соціально-економічного розвитку; 4) вживає заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; 5) приймає рішення щодо необхідності вжиття роботодавцями заходів щодо профілактики та запобігання поширенню епідемій, пандемій; 6) організовує роботу медичних закладів по поданню допомоги населенню,

надає у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей [135].

Діяльність органів місцевого самоврядування щодо захисту прав пацієнтів відбувається через реалізацію власних та делегованих повноважень в сфері охорони здоров'я.

До відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад в сфері охорони здоров'я належать:

а) власні (самоврядні) повноваження: 1) управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; 2) організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; 3) сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, молодіжної політики [136];

б) делеговані повноваження: 1) забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності освіти і медичного обслуговування на відповідній території, можливості отримання освіти державною мовою; 2) забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів освіти і медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі освітніх і лікувальних закладів усіх форм власності, фізичної культури і спорту, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів, залучення роботодавців до надання місць для проходження виробничої практики учнями професійно-технічних навчальних закладів; 3) забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; 4)

внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [136, ст.32].

Отже, узагальнюючи вище викладене, відзначимо наступне. Система органів публічної адміністрації, які захищають права пацієнтів має ієрархічну структуру. Наявність електронних баз даних пацієнтів, лікарських засобів та препаратів, електронної системи охорони здоров'я сприяє різносторонній взаємодії компетентних суб'єктів щодо забезпечення прав, свобод, інтересів пацієнтів під час реалізації їхнього конституційного права на охорону здоров'я. Безумовно, рівень захисту прав пацієнтів залежить від ефективності діяльності суб'єктів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, фінансування державних програм в сфері охорони здоров'я, відповідальності компетентних суб'єктів перед пацієнтами за невиконання покладених на них завдань та обов'язків. Важливим є момент притягнення винних посадових, службових осіб та працівників закладів охорони здоров'я до кримінальної, адміністративної, дисциплінарної та цивільної відповідальності у разі порушення прав пацієнтів, тобто щоб дані норми мали не декларативний характер, а були дієвим механізмом захисту прав пацієнтів.

Висновки до розділ 2

Дослідивши механізм адміністративно - правового захисту прав пацієнтів медичної сфери ми прийшли до наступних висновків.

Механізм адміністративно-правового захисту прав пацієнтів – це комплексна категорія адміністративного права, що являє собою систему взаємопов'язаних самостійних складових, що сприяють захисту фізичних осіб від дій, рішень, бездіяльності суб'єктів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, їх посадових та службових осіб, а також керівників та працівників закладів охорони здоров'я.

Елементами механізму адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: - система нормативно-правових актів, якими урегульовані відносини адміністративно-правового захисту прав пацієнтів; - суб'єкти публічної адміністрації, що уповноважені здійснювати адміністративно-правовий захист прав пацієнтів; - форми захисту прав пацієнтів – судова та позасудова; - методи публічного адміністрування за допомогою яких здійснюється захист прав пацієнтів; - адміністративні процедури захисту прав пацієнтів, що визначені в Кодексі України про адміністративні правопорушення, Кодексі адміністративного судочинства та законах України.

Нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери - це система міжнародних правових актів та актів національного законодавства, які урегульовують публічно-правові відносини з захисту прав пацієнтів шляхом застосування адміністративно-правових засобів і пов'язаний із встановленням конкретних прав й обов'язків суб'єктів відповідних відносин.

Вбачається необхідним виключити з п.7 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440 наступне речення: «Інформація про медичні послуги, які

оплачуються за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, вноситься надавачами медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я».

Аргументовано необхідність законодавчо урегулювати колізійність норм п.7 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» та підпункті 2 п.2 Наказом Міністерства охорони здоров'я «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» щодо оплати НСЗУ медичних послуг, які не внесені до електронної системи охорони здоров'я.

Запропоновано прийняття окремого нормативно-правового акту на рівні Закону України «Про захист пацієнтів» (проект розроблено та наведено в додатках).

Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери – це система органів виконавчої влади та органів, які виконують делеговані повноваження в сфері охорони здоров'я, метою діяльності яких є гарантування конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення своєчасного, безперервного, високопрофесійного надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також притягнення осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

Особливостями суб'єктів публічної адміністрації захисту прав пацієнтів є: 1) ієрархічно побудована система органів виконавчої влади, а також суб'єкти, які виконують делеговані повноваження з метою захисту прав пацієнтів; 2) їх діяльність є нормативно визначеною, тобто повноваження та компетенція суб'єктів публічної адміністрації, які захищають права пацієнтів регламентована законодавчими та підзаконними нормативно-правовими актами; 3) уповноважені приймати адміністративні акти, які спричиняють виникнення прав та обов'язків для їх адресатів; 4) мають право притягати осіб до адміністративної відповідальності у разі виявлення факту порушення

прав пацієнтів; 5) є суб'єктами надання медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування.

Запропоновано створити при юридичному департаментів Міністерства охорони здоров'я України Відділ з захисту прав пацієнтів. При цьому, функціонування даного підрозділу повинно бути централізованим за ієрархічним принципом, тобто відділи з захисту прав пацієнтів повинні бути створені також і в структурі органів, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України.

Запропоновано доповнити норми Основ законодавства України про охорону здоров'я наступними положеннями:

доповнити ст.3 визначенням «медична послуга - це професійна дія лікаря чи медичного працівника щодо здійснення огляду пацієнта; надання індивідуальної консультаційної допомоги; надання послуг операційного характеру; здійснення медичних маніпуляцій; організації та надання медичних процедур; відібрання біоматеріалу для проведення медичних досліджень; амбулаторний догляд за пацієнтом»; «сервісна (супутня) послуга – це послуга побутового характеру, які надаються в закладах охорони здоров'я за бажанням пацієнта, які він оплачує самостійно»;

Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» доповнити:

- ч.2 ст.4 речення наступного змісту: «2. Громадянам України у межах програми медичних гарантій, які визначені в пунктах 1-5 ч.1 ст. 4 даного Закону витрати оплачуються за рахунок державного та місцевого бюджетів у встановленому законодавством порядку»;

- ст.2 поняттям «медичний патронаж» - професійна діяльність спеціалістів (сімейних лікарів, психологів, реабілітологів, медичних сестер, масажистів, медичних працівників) по надання медичної допомоги та медичних послуг; доставленню лікарських засобів та препаратів; здійсненню необхідних медичних процедур; відібрання біологічного матеріалу на дослідження тощо.

Пропонуємо доповнити п.4 постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» наступним змістом: «організовує та здійснює контролю та організовує проведення незалежної експертизи якості медичної допомоги, медичних послуг, лікарських засобів та препаратів».

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ АДМІНІСТРАТИВНО – ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ

3.1. Міжнародний досвід адміністративно – правового захисту прав пацієнтів

Україна є молодого демократичною державою, яка намагається розвивати різні сфери публічного адміністрування імплементуючи досвід високорозвинутих країн, які мають більші здобутки та рівень розвитку. Підписавши в 2014 році Угоду з ЄС Україна взяла курс на адаптацію норм національного законодавства до стандартів ЄС з метою подальшого вступу до Європейського Союзу. Уряди США та країн ЄС завжди особливу увагу приділяли здоров'ю нації як найвищої соціальної цінності. Сфера охорони здоров'я є однією з ключових сфер управління кожної держави, а захист прав пацієнтів посідає важливе місце. Саме тому, вважаємо доцільним вивчення передового досвіду іноземних держав та визначення можливих векторів удосконалення шляхів захисту прав пацієнтів в Україні.

Світовий досвід розвитку системи забезпечення прав пацієнтів вказує на те, що проблема регулювання прав пацієнтів стає актуальною у зв'язку з розвитком системи охорони здоров'я, зростанням вимог громадян до держави та медичних установ, насамперед у галузі якості та безпеки надання медичної допомоги. Нині спостерігається стала тенденція формування національного законодавства у сфері захисту прав пацієнтів. Правовий статус пацієнта за останні десятиліття отримав закріплення у законодавстві низки європейських держав. Проте законодавства окремих країн різняться між собою у зв'язку з економічними, ідеологічними, історичними, політичними, культурними особливостями їх розвитку [2]. Починаючи з 2016 року Україна прийняла ряд стратегічно важливих законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, які передбачають реформування всієї сфери охорони здоров'я та відповідно визначення адміністративно-правового статусу пацієнта, в тому числі, і виокремлення прав пацієнтів та

встановлення способів захисту прав пацієнтів. Слід відзначити, що здубільшого норми про захист прав пацієнтів урегульовані або нормами про охорону здоров'я або окремим законом, яким захищаються права пацієнтів. Так, в Іспанії норми про права пацієнтів є складовою федерального закону у сфері охорони здоров'я, в Португалії – закону про основні принципи охорони здоров'я, у Греції – закону про модернізацію та організацію системи охорони здоров'я, в Україні – основ законодавства про охорону здоров'я, в Австрії – федерального закону про лікарні, у Білорусії – закону про охорону здоров'я, в Угорщині – закону про охорону здоров'я, у Люксембурзі – закону про лікарняні заклади [167, с. 119]. Особливістю останнього десятиліття розвинутих країн в сфері охорони здоров'я є розвиток ідей партиципативної демократії через включення громадських організацій у процес прийняття рішень на національному та міжнародному рівнях.

Таким чином, вважаємо за необхідне в розрізі предмету даного дисертаційного дослідження вивчити міжнародний досвід країн, які мають систему охорони здоров'я, яка найбільш повно захищає права пацієнтів; система закладів охорони здоров'я є найбільш наближеною до пацієнтів; наявна система органів публічного адміністрування та громадських інститутів, що захищають права та інтереси пацієнтів щодо отримання якісного та своєчасного медичного обслуговування, медичної допомоги та медичних послуг.

В США функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, а медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32% – це кошти, які надходять через систему приватного страхування здоров'я.

Особливість американської системи охорони здоров'я полягає в тому, що держава диференційовано підходить до забезпечення медичних потреб населення шляхом розробки цільових програм соціального страхування [115, с.67].

Державне фінансування адресних програм медичного обслуговування також базується на поєднанні двох основних джерел фінансування: коштів бюджету та обов'язкового медичного страхування. Характерною ознакою організації системи охорони здоров'я у США є розмежування функцій надання медичних послуг та їх фінансування. Питання про те, хто має надавати медичні послуги (чи то державні некомерційні, чи комерційні установи охорони здоров'я), відокремлюють від проблеми фінансування. Такий підхід гарантує рівні можливості в отриманні медичної допомоги як для пацієнтів державних програм, так і для пацієнтів, застрахованих у порядку приватного медичного страхування, однак на практиці цей механізм не завжди спрацьовує [115, с.67], адже, програми медичного страхування передбачають звернення чи до системи державних закладів охорони здоров'я чи до приватних суб'єктів медичної практики. Від цього залежать сума страхових платежів.

Головним суб'єктом захисту прав пацієнтів є Національний інститут прав пацієнтів США, який утворений в 2007 році. За даними соціологічних досліджень, які провів Національний інститут прав пацієнтів США серед пацієнтів до найчастіших порушень прав пацієнтів в американських шпиталях пацієнти віднесли наступні: 1) право на поінформовану добровільну згоду при прийнятті лікування або відмові від нього; 2) повагу особистих, духовних, культурних, релігійних цінностей та переконань пацієнта; 3) право на *advanced directive* для отримання медичної допомоги; 4) право на конфіденційність та приватність; 5) право на інформацію про реалістичні альтернативи медичної допомоги, коли допомога у шпиталі вже не підходить; 6) право ознайомитися з історією захворювання, яка сформована та зберігається в закладі охорони здоров'я, отримати пояснення з

цієї інформації, зробити копію історії захворювання; 7) право отримати інформацію про систему оплати за медичні послуги у шпиталі; 8) право отримати інформацію про такі можливості у шпиталі, як звернення зі скаргою, робота етичного комітету тощо; 9) право отримати інформацію про медичного працівника, який надає медичну допомогу, у тому числі про його кваліфікацію; 10) право знайомитися з медичними записами про здоров'я пацієнта та отримання звіту про надання медичної інформації [137].

Цікавим є досвід страхування відповідальності лікарів в США. Так, у США система деліктної відповідальності пропонує два види полісів: на основі настання страхового випадку та на основі ризику. Подібна система страхування вини лікаря є і у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (Швеція, Фінляндія, Нова Зеландія, Квебек у Канаді та Австралія) існує система страхування відповідальності шкоди без вини страхувальника, яка надає пацієнту можливість отримати компенсацію за шкоду здоров'ю без доказу вини недбалості медичного працівника або установи [138].

Найбільш активний розвиток альтернативні способи вирішення спорів отримали у США. Щороку внаслідок лікарських помилок у державі помирає близько 150 тис. пацієнтів, тоді як 30 тис. отримують серйозні травмування [139, с. 495]. Позасудовими способами вирішення медичних спорів у США є: програма раннього відкриття інформації та вибачень (early apology and disclosure programs), за допомогою якої вдається уникнути до 67% звернень до суду; медіація, яка дозволяє мирно вирішити медичний спір у 90% випадків; арбітраж, який вважається менш ефективним способом, ніж медіація, однак більш дієвий, ніж традиційний суд, за швидкістю розгляду та витратами [140; 141, с.40].

У **Великій Британії** діє особлива система регламентації прав пацієнтів, яка безпосередньо не пов'язана з розробкою та прийняттям законів або положень, а розвиток прав пацієнтів заснований на прецедентному праві [10, с. 79]. Для захисту прав пацієнтів у Великобританії одночасно функціонують

наступні інститути: Парламентський уповноважений по справах охорони здоров'я (омбудсмен служби охорони здоров'я); на судовому рівні - Громадські консультанти з питань громадського здоров'я (Ради охорони здоров'я громад) та Рух захисту постраждалих від медичних помилок. Уповноважений по справі охорони здоров'я є представником Парламентського Уповноваженого по правам людини, який спеціалізується на задоволенні скарг у національній системі охорони здоров'я. Він підпорядкований Парламенту і незалежний від національної системи охорони здоров'я [168].

Слід відзначити, що у Великій Британії окрім парламентського омбудсмен діє омбудсмен охорони здоров'я. Омбудсмен охорони здоров'я проводить незалежні розслідування скарг на неправильні та несправедливі дії медичних установ або їх працівників або медичні послуги неналежної якості. Зазвичай він приймає скаргу до розгляду лише після спроби вирішити проблему шляхом звернення до відповідного медичного закладу або до лікаря та отримання від них відповіді [142]. Служба омбудсмена охорони здоров'я має три регіональні відділи (Англія, Шотландія, Уеллс), які укомплектовані професіоналами в галузі медичного права та проводять юридичне розслідування та медичну експертизу під час розгляду скарги. Для дозволу спеціальних медичних питань залучаються зовнішні експерти. Істотну частину роботи служби складає аналіз звернень громадян та підготовка пропозицій парламенту та уряду щодо дій, які необхідні для попередження подібних випадків [143]. На відміну від омбудсмена охорони здоров'я парламентський омбудсмен забезпечує незалежну процедуру розгляду скарг, що здійснюється на вищому рівні для виправлення помилок, допущених окремими особами, покращення роботи державних служб та поінформування громадських структур. Парламентський омбудсмен проводить незалежні розслідування за скаргами на неправильні та несправедливі дії державних органів та організацій Великобританії, а також інших урядових установ або на надання ними послуг неналежної якості [144].

З точки зору організаційної побудови системи установ та організацій захисту прав пацієнтів, то вона являє собою мережу різних державних та громадських органів, незалежних один від одного та контролюючих ті чи інші аспекти реалізації даних прав. Державні органи представлені Державним агентством з безпеки пацієнтів (The National Patient Safety Agency, NPSA), завданням якого є інформування, підтримка організацій та осіб, що працюють у сфері охорони здоров'я, та вплив на них [145]. Агентство включає три підрозділи: 1. служба збору інформації та обміну нею (National Reporting and Learning Service) – основним завданням є зниження ризиків для споживачів медичних послуг, забезпечення їхньої безпеки; 2. служба клінічної оцінки (National Clinical Assessment Service) – займається розглядом скарг пацієнтів на діяльність медичних працівників, лікарів, якість медичних послуг, медичного обслуговування тощо з метою контролю безпеки та належної оцінки їх діяльності; 3. служба етичності медичних досліджень (National Research Ethics Service), що захищає права, безпеку, гідність та благополуччя громадян, які беруть участь у дослідженнях [146].

Крім того, з 2003 року у Великій Британії існує Незалежна служба захисту інтересів пацієнтів (The Independent Complaints Advocacy Service, ICAS), яка допомагає бажачим подати скарги щодо свого лікування або догляду [147; 146].

Наступний суб'єкт системи захисту прав пацієнтів Великобританії – Комісія контролю якості (Care Quality Commission), яка відповідає за якість та безпеку медичних послуг [148]. Вона є незалежним регулятором якості медичних та соціальних послуг шляхом перевірки їх відповідності стандартам якості та безпеки.

Процес розширення прав пацієнтів відбувається залежно від судових рішень, які приймаються і часто є недосконалим щодо ризиків, характерних для кожної ситуації, що окремо розглядається [149, с. 12]. Так, щороку Національна служба охорони здоров'я змушена виплачувати за позовами

пацієнтів через неякісну медичну допомогу близько двохсот мільйонів фунтів стерлінгів з державного бюджету [150, с. 65].

Великобританія сьогодні є одним зі світових лідерів впровадження інформаційних комп'ютерних технологій у сфері охорони здоров'я. У 2004 р. розпочалася реалізація національного проєкту «Об'єднання для здоров'я» (Connecting for Health), у межах якого створені паспорти здоров'я із системами автоматизованого введення даних та підготовки рецептів для населення країни [151]. Цей потужний проєкт розкрив як позитивні, так і негативні сторони комунікативної діяльності з використанням цифрових технологій, адже виникли складності в стандартизації медичної документації в різних медичних організаціях, крім того, можна спостерігати значний опір та пасивне ставлення медичних працівників. На думку Е. Коєра та співавторів, ризики значно підвищуються за наявності поганого програмного забезпечення, у тому числі в разі швидкого розгортання, поганого навчання персоналу та комунікацій [152]. Управління продовольства і медикаментів прийняло План дій щодо інновацій у галузі цифрового здоров'я, в якому виділило кілька ключових цілей, включаючи збільшення чисельності та набуття досвіду персоналу e-Health, запуск пілотної програми попередньої сертифікації цифрового програмного забезпечення для e-Health («Pre-Cert») та надання рекомендацій щодо модернізації комунікативної діяльності у сфері охорони здоров'я з урахуванням концепції e-Health [153; 116].

В Німеччині діють два закони, які направлені на захист прав пацієнтів: «Про захист пацієнтів» та «Про захист електронних даних пацієнтів».

Найголовніше з прав, які мають німецькі пацієнти, - право на самовизначення. Це означає, що лікар зобов'язаний докладно проінформувати хворого про недугу, його тяжкість, варіанти лікування, можливі ризики, а також про наслідки на той випадок, якщо пацієнт відмовиться від терапії. Таке право в нього також є. Нікого в Німеччині не можна лікувати проти волі, за винятком психічно хворих, які становлять загрозу для оточуючих або самих себе. Важлива риса німецької системи

охорони здоров'я - вільний вибір лікаря. Звернутися можна до будь-якого – хоч по сусідству, хоч у іншому місті [154; 146].

Кожен пацієнт має також право переглянути свою історію хвороби і, якщо забажає, зробити копії. При цьому він - єдиний, якщо не брати до уваги лікаря, хто має доступ до такої інформації. Розголошення особистих даних пацієнтів, їх передача третім особам, наприклад, роботодавцю, не допускається. Пацієнт в Німеччині має також право на поважне до себе відношення з боку медичного персоналу: лікар і медсестри зобов'язані враховувати його релігійні потреби і не чинити без потреби перешкод спілкуванню з рідними та близькими. Відвідати хворого в німецькій лікарні можна практично в будь-який час доби, якщо він, звичайно, не в реанімації. Пацієнт має право вимагати сатисфакції від лікаря за допущену недбалість, невірний діагноз або помилкову терапію. При цьому сума компенсації буває досить значною: підсумовуються витрати на додаткове лікування, моральна компенсація, втрачені можливості [154].

Пацієнт, який вважає, що його права та інтереси порушені діями лікаря та закладу охорони здоров'я може звернутися до компетентного органу захисту прав пацієнтів. Від них скаргу передають лікареві. Як пояснив медичний експерт Петер Канцлер (Peter Kanzler), зазвичай лікар або медсестра повинні дати відповідь, причому в письмовій формі. Якщо пояснення лікаря пацієнта не влаштовує, він має додаткові способи захисту - порушити арбітражний розгляд при земельній лікарській палаті. У такому разі справою займаються медики та юристи. Арбітражні комісії при земельних лікарських палатах існують у Німеччині з 1975 року. Комісії розглядають скарги пацієнтів безплатно, витрати на медичну експертизу несе страхова компанія лікаря-відповідача. Самому пацієнтові в таких випадках доводиться сплатити лише поїздки на медкомісію та витрати на адвоката, якщо він вирішив вдатися до послуг юриста [154].

У **Франції** юридичні норми контролюють взаємовідносини між пацієнтом і тим, хто надає медичну допомогу (провайдер), що прямим

чином залежать від типу провайдера (лікар або заклад охорони здоров'я). У випадку порушення прав пацієнта представником загальної медичної практики, які передбачені договірними відносинами, пацієнт може здійснити законні дії відповідно до цивільного законодавства, які будуть розглядатися у цивільному суді. Якщо ж пацієнт поскаржився на дії лікаря, який працює у державній лікарні, то позов розглядається в адміністративному суді, який в подальшому виносить рішення відповідно до вимог адміністративного права. І, якщо буде доведено, що права пацієнта були порушені, суд винесе припис лікарні виплатити компенсацію за нанесену шкоду. Таким чином, використання адміністративно-правового методу не виключає можливості вимагати відшкодування відповідно до цивільного законодавства [155, с.80].

Механізм захисту прав пацієнтів у Франції формується за кількома напрямками. Одним із найважливіших є страхування професійною відповідальності медичних працівників за шкоду, заподіяний життю або здоров'ю пацієнтів. Законом Франції про права пацієнтів та якість системи охорони здоров'я (2002) [156] за рахунок страхових сум передбачено компенсацію шкоди, заподіяної життя (здоров'ю) пацієнта, при нещасних випадках, що відбулися під час надання медичної допомоги, ятрогенних захворюваннях та внутрішньо-лікарняному інфікуванні. Так, у 2005 році у Франції прийнято 367 судових рішень, на підставі яких були здійснено виплати зі страхування цивільної відповідальності медичних працівників. Середня сума відшкодувань становила 170,3 євро на один випадок [146]. На досудовому рівні страховиками було розглянуто 11662 претензії пацієнтів [157; 146].

У випадках, коли особиста відповідальність медичного працівника за інцидент відсутня, громадянин Франції має право звернутися до Національної служби відшкодування збитків, Національної комісії з нещасних випадків або регіональної погоджувальної комісії. Національна служба відшкодування збитків (Office national d'indemnisation des accidents

medicaux, des affections iatrogenes et des infections nosocomiales, ONIAM), будучи державною установою та діючи під егідою міністерства охорони здоров'я, відшкодовує завдані збитки у випадках, коли неможливо встановити конкретного завдавача шкоди (невинна шкода). У 2008 році ONIAM виплатила громадянам Франції 80 млн євро як компенсації за заподіяну шкоду життю (здоров'ю) [158]. Національна комісія з нещасних випадків у медичній практиці (La Commission nationale des accidents medicaux, CNAMed), роботу якої забезпечують два міністерства: охорони здоров'я та юстиції, відповідальна за організацію експертизи нещасних випадків у медичній практиці, формує реєстр експертів та готує для уряду доповіді про частоту та структуру нещасних випадків у сфері охорони здоров'я [159]. Регіональні примирливі комісії жертв медичних інцидентів, ятрогенних захворювань та внутрішньолікарняного інфікування (Les commissions regionales de conciliation et d'indemnisation des accidents medicaux, des affections iatrogenes et des infections nosocomiales, CRCI) створені для сприяння процедурі досудового вирішення конфліктів між пацієнтами та медичними працівниками при нещасних випадках у медичній практиці [160]. Також елементом системи захисту, що активно використовується прав пацієнтів є асоціації медичних працівників. Професійні медичні асоціації Франції створюють дисциплінарні палати. Пацієнт може звернутися зі скаргою на неналежне надання медичної допомоги. Скарга може бути подано до регіональної, міжрегіональної або національну дисциплінарну палату та розглянуто професійним медичним співтовариством [161; 146].

У кожному закладі охорони здоров'я також мають бути утворені комісії з відносин з споживачами та якістю медичного обслуговування (des commissions des relations avec les usagers et la qualite de la prise en charge, CRUQPC), функції яких входять контроль за дотриманням прав пацієнтів, консультації пацієнтів та їх родичів, розбір претензій, підготовка пропозицій наглядової ради лікарні щодо покращення ситуації [162]. Ще один елемент системи відповідно до статті L1411-3 Кодексу охорони здоров'я – регіональні

поради з охорони здоров'я (Les conseils regionaux de santé, CRS), що займаються оцінкою забезпечення та умов реалізації прав пацієнтів [163; 146, с.40].

В Австрії діє палата омбудсмена з захисту прав пацієнтів та інститут представників пацієнтів. Палата омбудсмена – це колегіальний парламентський орган, який займається питаннями захисту прав та інтересів людини в Австрії. Інститут представників пацієнтів є незалежним органом, основним завданням якого є забезпечення прав та інтересів пацієнтів і, в деяких провінціях, людей, які потребують допомоги. Зазвичай уповноважені з прав пацієнта є у закладах охорони здоров'я, проте їхня компетенція не поширюється на скарги про неналежне медичне обслуговування у приватному секторі. У такому разі постраждалі особи повинні звертатися зі своїми скаргами у порядку цивільного судочинства [168].

Ізраїль. У кожному закладі охорони здоров'я керівник повинен призначити особу, відповідальну за дотримання прав пацієнта. Відповідно до Закону Ізраїлю «Про права пацієнтів» такий уповноважений має такі повноваження: надавати консультації та допомогу пацієнтам у реалізації вимог зазначеного закону; отримувати та розслідувати скарги пацієнтів (скарги щодо якості медичної допомоги, насамперед, мають бути доведені до відома керівника закладу охорони здоров'я), навчати та інструктувати медичний та допоміжний персонал щодо дотримання вимог зазначеного закону. У разі незадоволення скарги на рівні закладу охорони здоров'я вона передається до уповноваженої особи до відділу забезпечення якості Міністерства охорони здоров'я [168].

Так, у міністерстві охорони здоров'я Ізраїлю функціонує спеціальне бюро з розгляду претензій громадян до персоналу державних установ охорони здоров'я, а в кожному лікувальному закладі згідно із Законом про права пацієнтів [164] передбачено створення трьох комісій: перевіркової (працює за скаргами пацієнтів та їх родичів), контролю якості (її висновки є конфіденційними, але повинні фіксуватися у медичних документах пацієнта)

та етики (до складу входять юрист, психолог, релігійний чи громадський діяч, лікарі). Крім того, у кожному медичному закладі країни закон зобов'язує призначити медичного працівника – відповідального права пацієнтів. Його обов'язки включають подання консультацій, допомогу хворому у реалізації його прав та інструктаж персоналу установи з питань дотримання законодавства [146, с.40].

Вперше у світі Закон про статус пацієнта та його права був прийнятий у **Фінляндії** в 1992 році. Він закріпив права пацієнтів на отримання якісної медичної допомоги, інформування про стан здоров'я, самостійне ухвалення рішення щодо медичного втручання, визначив статус неповнолітніх, встановив рівність їх прав із правами повнолітніх пацієнтів, а також запровадив і окреслив правовий статус Уповноваженого з прав пацієнта [165]. І. М. Паращич звертає увагу на те, що Фінляндія була першою європейською країною, яка на законодавчому рівні зобов'язала всі лікувальні установи запровадити посаду «омбудсмена» – уповноваженого з прав людини [166, с. 64]. Основний обов'язок уповноваженого полягає у доведенні до відома громадськості змісту Закону про права пацієнтів, розгляд скарг пацієнтів та захист їх інтересів. Дещо пізніше подібні закони були прийняті в Нідерландах (1994), Ізраїлі (1996), Литві (1996), Ісландії (1997), Данії (1998), Норвегії (1999), Грузії (2000), Франції (2002), Молдові (2005) і т.д. [167, с. 119; 2].

Пацієнт, незадоволений медичною допомогою або обслуговуванням, може подати скаргу в органи, уповноважені здійснюють нагляд за медичною практикою, вища інстанція — Національний контрольний орган за благополуччям та здоров'ям (Valvira). Відповідно до Закону Фінляндії «Про статус і права пацієнтів» у кожній установі охорони здоров'я, незалежно від форми власності, має бути призначений омбудсмен для пацієнтів. Далі, приблизно кількість омбудсменів для пацієнтів становить близько 2000. Діяльність омбудсменів по правам пацієнтів діє за принципом децентралізації – відносини між омбудсменом та установою охорони

здоров'я чи муніципалітетом. Відповідно до Закону омбудсмен консультує пацієнтів і допомагає їм у випадках, коли вони незадоволені якістю медичної допомоги, або в разі необхідності подачі скарг у контролюючі органи, а також інформують пацієнтів про їх права тощо [168].

У **Швеції** діє Vårdgaranti (Національний гарантований доступ до медичної допомоги) - це стандарт, встановлений у Швеції для державних медичних послуг. Його положення урегульовують відносини планових відвідувань та хірургічних втручань у рамках спеціалізованої допомоги та інших планових заходів, які необхідні з медичної точки зору. Це не стосується невідкладної допомоги. Встановлено наступні строки для звернення до закладу охорони здоров'я: 0 днів: первинна медична допомога запропонує контакт по телефону або на місці в той же день; протягом семи днів звернутися за медичною допомогою; протягом 90 днів звернутися до лікаря-спеціаліста, а початок лікування має відбутися протягом ще 90 днів, якщо спеціаліст вважає це виправданим. З того дня, коли ви звернулися за допомогою до лікаря в центрі здоров'я, вам «гарантовано» лікування, якщо це необхідно, максимум 187 днів. З розширенням гарантії допомоги тепер є чіткі цілі щодо доступності більшої частини безперервної допомоги. Цілі зазвичай виражаються номерами 0-7 - 90 - 90 , що вказують на юридичні часові обмеження на кількість днів для різних етапів безперервної допомоги, які гарантують національну допомогу. Є округи та регіони, терміни яких коротші, ніж гарантія національної допомоги [169].

Пацієнти при зверненні до медичного закладу мають наступні права: 1) право на професійне обслуговування; 2) право на отримання медичної допомоги в розумні терміни - гарантія медичного обслуговування (vargaranti); 3) право брати участь у своєму лікуванні. Персонал повинен, наскільки це можливо, планувати та проводити лікування спільно з пацієнтом, виходячи з його побажань та необхідної йому медичної допомоги; 4) брати участь у своєму лікуванні та догляді; 5) право на безкоштовне медичне обслуговування вагітних та породіль. У системі медичного

обслуговування вагітних та породіль працюють акушерки. Вони допомагають надавати медичну допомогу та проводити профілактичні огляди під час вагітності; 6) право ознайомитися із записами у своїй медичній карті. У ній медичні працівники роблять записи про всі проблеми зі здоров'ям та лікуванням пацієнта. Для того, щоб ознайомитися зі своєю медичною картою, треба зайти на сайт 1177 Vårdguiden; 7) право на конфіденційність. Дотримання конфіденційності означає, що ніхто з працівників охорони здоров'я не може розкривати інформацію, що стосується пацієнта без його згоди, за окремими виключеннями, наприклад, органи поліції; 8) право отримати допомогу перекладача. Якщо вам потрібна допомога перекладача, повідомте про це перед візитом, і медична установа, як правило, зможе її надати. Перекладач також зобов'язаний дотримуватися конфіденційності. Діти та родичі не повинні виступати як перекладачі; 9) право звернутися за медичною допомогою до будь-якої поліклініки країни. Пацієнт має право звернутися за спеціалізованою медичною допомогою в інших регіонах; 10) право на безкоштовну консультацію щодо абортів та контрацепції; 11) право на оскарження, якщо ви залишилися незадоволені якістю лікування або зазнали поганого поводження. Процедура оскарження виглядає наступним чином: пацієнт спочатку звертається до омбудсмена при закладі охорони здоров'я, якщо його питання не вирішено до комісії з захисту прав пацієнтів (patientnämnden) регіону; 12) право на отримання необхідних вам допоміжних засобів, таких як інвалідний візок та слуховий апарат. Сума, яку треба буде заплатити за надання допоміжних коштів, може бути різною у різних муніципалітетах; 13) право на компенсацію витрат на поїздку, наприклад, до лікарні, поліклініки або стоматолога. Є правила про те, які дорожні витрати можуть компенсувати [170].

Цікавим вбачається міжнародний досвід захисту прав пацієнтів в **Данії**. Хотілося б акцентувати увагу на наступних особливостях: 1) безкоштовна медична допомога та медичне обслуговування резидентам; 2) при наявності направлення від сімейного лікаря медичні послуги вторинної, спеціалізованої

допомоги громадяни отримують безкоштовно; 3) послуги з протезування, стоматологічні послуги, фізіотерапія фінансуються на умовах співоплати; 5) офтальмологічні послуги надаються за рахунок пацієнтів, тоді як послуги з перевірки та лікування слуху – за рахунок держави; 6) для малозабезпечених категорій населення передбачено реімбурсація вартості лікарських засобів, препаратів, апаратів тощо; 7) діє система добровільного медичного страхування; 8) організована система оскарження діянь медичних працівників та лікарів.

В Данії пацієнти мають право захистити свої права звернувшись до Ради по розгляду скарг пацієнтів – це державний орган, який розглядає скарги пацієнтів в зв'язку з професійною діяльністю медичних працівників та лікарів. Результати розгляду скарги в подальшому можуть бути передані до суду для прийняття по ним судового рішення.

В Голландії питаннями захисту прав пацієнтів займається Фонд захисту прав пацієнтів, який отримує державне фінансування (€5,2 млн.) від держави через Міністерство охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я при цьому функціонує як касир, бюджет встановлено державою і від Міністерства охорони здоров'я не залежить. В організації працює близько 75 людей.

Захисник прав пацієнта: безкоштовно надає консультацію та підтримку; до нього ви зможете звернутися з питаннями та скаргами на лікування (приклади: метод лікування, примусове лікування або обмеження волі); підтримує і проінструктовує пацієнта перед бесідою з лікарем; надає підтримку в оформленні таких важливих документів як медична карта та план лікування; представляє ваші інтереси; зобов'язаний дотримуватися конфіденційності.

Норвегія. Омбудсмен з прав пацієнтів діє виходячи з Закону Норвегії «Про права пацієнтів» (1999). У країні працює Парламентський омбудсмен з прав людини та 19 омбудсменів з прав пацієнта, які діють на регіональному рівні. Повноваження омбудсмена з прав людини та омбудсмена з прав

пацієнта не дублюються і не суперечать одне одному. Перший діє на підставі окремого законодавчого акту Парламенту та здійснює загальний нагляд на всій території держави, а захисник прав пацієнта на підставі спеціального закону про права пацієнтів стежить виключно за медичним обслуговуванням в одному з 19 регіонів. Основною метою їхньої діяльності є захист тих пацієнтів, які потребують допомоги у забезпеченні своїх прав щодо медичного обслуговування, та впровадження належних заходів для підвищення якості медичного обслуговування [168].

Хорватія. У 1997 році була ратифікована Конвенція про права людини та біомедичні матеріали, а у 2004 році під тиском громадськості було прийнято спеціальний Закон «Про захист прав пацієнтів», згідно з яким у кожному з регіонів створено Комісія із захисту прав пацієнтів (регіональна), а на загальнодержавному рівні - Національна комісія із захисту прав пацієнта. Регіональна комісія складається з 5 осіб (пацієнти, представники неурядових організацій та експерти у сфері захисту прав пацієнтів) та має такі функції: моніторинг порушень прав пацієнтів, вжиття заходів щодо захисту та просування прав пацієнтів тощо. Вона має право доступу до закладів охорони здоров'я з метою інспектування дотримання прав пацієнтів, за результатами якого надсилається звіт до компетентної інспекції (охорони здоров'я або санітарної) або до організації, яка контролює роботу медичних працівників. Проте пацієнт, який вважає, що його права було порушено, спочатку звертається до керівника закладу охорони здоров'я. Якщо останній не відреагує протягом 8 днів або пацієнт буде незадоволений заходами, тоді можливе звернення до Регіональної комісії. Національна комісія із захисту прав пацієнта складається з семи осіб (три представники неурядових організацій, один представник засобів масової інформації, три представники від Міністерства охорони здоров'я) та виконує такі функції: моніторинг реалізації Закону «Про захист прав пацієнтів», надання висновків, рекомендацій компетентним органам метою побудови ефективної системи захисту прав пацієнтів тощо [168].

У системі охорони здоров'я **Нідерландів** відповідальність за надання медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування в основному лежить на плечах приватних постачальників. Як відзначає нідерландський науковець в сфері медичного права, нідерландська федерація пацієнтів та споживачів (Netherlands Patient and Consumer Federation, NPCF) є «зонтичною», яка представляє інтереси різних пацієнтів на національному рівні. В даний час NPCF працює за чотирма основними напрямками: моніторинг доступності медичної допомоги, створення та розвиток інформаційних систем для пацієнтів, забезпечення прав пацієнтів та розвиток підходу орієнтованого на задоволення потреб пацієнтів, робота щодо посилення позицій споживача у його діалозі зі страхувальниками та постачальниками медичних послуг [171, с.36; 172].

До системи охорони здоров'я входить чотири сектора: профілактика захворювань, первинна допомога, вторинна допомога та довгострокова допомога. Профілактична допомога в основному надається службами охорони здоров'я. Запитання профілактики захворювань, формування здорового способу життя та охорони здоров'я належать до компетенції муніципалітетів. Двадцять дев'ять муніципальних служб громадського охорони здоров'я (Gemeentelijk Gezondheidsdiensten, GGD) виконують роботу за цими напрямками у всіх чотирьох сорока трьох муніципалітетах. Послуги первинної допомоги надає цілий ряд постачальників: лікарі загальної практики, фізіотерапевти, фармацевти, психологи та акушери. Лікарі загальної практики виконують функцію «брамника», що означає, що пацієнти можуть отримати стаціонарну або спеціалізовану допомогу (за винятком швидкої допомоги) тільки за його напрямом. З усіх, хто звернувся до лікаря загальної практики лише 4% отримують напрямки до установ вторинної допомоги [173, с.4-5; 172].

Після отримання напрямку пацієнти самі вирішують, в яку з лікарень звернутися. Вторинна допомога відноситься до видів допомоги, яку можна отримати лише за направленням лікаря первинної допомоги. Вторинна

допомога надається переважно лікарнями та психіатричними установами. У лікарнях є відділення стаціонарної, амбулаторної та цілодобової невідкладної допомоги. Пацієнти з загрожуючими для життя станами можуть звернутися у спеціальні офіси лікарів загальної практики, які працюють цілодобово. В амбулаторних відділеннях лікарень також проводиться долікарняна та післялікарняна діагностика. У самих лікарнях більша частина медперсоналу (75%) організована у бригади. Паліативна допомога інтегрована у загальну систему охорони здоров'я та виявляється лікарями загальної практики, у будинках сестринського догляду та вдома, спеціалістами та волонтерами. Більше того, зростає кількість хоспісів та відділень паліативної допомоги, наприклад, у будинках сестринського догляду [173, с.5; 172].

Цікавим є досвід захисту прав пацієнтів у **Португалії**, де кожен заклад охорони здоров'я має «Клієнтський офіс», де пацієнти можуть подати скаргу щодо своєчасності, якості надання медичних послуг, медичної допомоги, медичного обслуговування [174].

Отже, можна відзначити, що найчастіше в системах захисту прав пацієнтів різних країн зустрічаються три основні моделі: 1. служби спеціальних уповноважених з прав пацієнтів, незалежні від органів виконавчої влади; 2. слідчі або етичні комісії з розслідування порушень прав пацієнтів та контролю діяльності лікарів; 3. колегіальні органи моніторингу якості медичної допомоги [175; 146, с.43].

Введення інституту омбудсмена з прав пацієнта у країнах здійснювалося через запровадження спеціальних законів про захист прав пацієнтів. Уповноважений з прав пацієнта не може підміняти ні органи судової влади, ні медичну адміністрацію. Головним його завданням є виявлення фактів порушення прав пацієнтів, надання їм належної правової оцінки та через існуючі правові механізми усунення цих порушень та притягнення до відповідальності винних. Тому максимумом службових повноважень Уповноваженого з прав пацієнтів може бути проведення службової перевірки (внутрішнього розслідування) та, у разі виявлення

відповідних порушень, передача цих матеріалів до органів, які проводять досудове слідство, або, якщо справа є цілком очевидною та має цивільно-правовий характер, - безпосередньо до відповідного суду [168].

На підставі вивчення міжнародного досвіду високорозвинених країн щодо захисту прав пацієнтів пропонуємо наступне:

1. запровадження в Україні компетенційно структурованої системи органів та установ захисту прав пацієнтів: I. запровадження посади омбудсмена при центральному органі виконавчої влади, що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів; II. Запровадження посади омбудсмена при закладах охорони здоров'я.

До повноважень омбудсмена належатиме: контроль за наданням та ненаданням гарантованого державою рівня медичної допомоги; порядку та процедури розгляду скарг у системі охорони здоров'я від пацієнтів; контроль якості медичної допомоги, що надається; констатації порушень прав пацієнта та використання наявної компетенції з метою захисту порушених прав пацієнта; інформування у вигляді щорічних доповідей про стан справ із правами пацієнтів, при цьому важливим є вдосконалення чинного законодавства та практики його застосування [168]; проведення перевірок, контролю та нагляду, експертизи якості медичної допомоги; винесення розпоряджень про усунення порушеного права (з накладенням штрафів при невиконанні розпорядження).

2. Враховуючи принцип децентралізації доцільним вбачається утворення регіональних комісій захисту прав пацієнтів при місцевих органах публічної адміністрації з подальшою передачею інформації до Національної комісії захисту прав пацієнтів при Міністерстві охорони здоров'я України.

3. Передбачити, що суб'єктом медіації з розгляду скарг пацієнтів є омбудсмен, який діє при закладі охорони здоров'я; омбудсмен при Міністерстві охорони здоров'я України. Даний спосіб захисту прав пацієнтів є видом позасудового оскарження діянь лікарів та медичних працівників щодо предмету захисту прав пацієнтів.

4. Розвиток громадських інститутів, які б займалися захистом прав пацієнтів.

3.2. Шляхи удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів

Сфера охорони здоров'я включає в себе весь комплекс заходів та напрямків діяльності, які необхідні для забезпечення нормального функціонування людини. Водночас, держава гарантує рівний доступ громадян до отримання медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування. Особа, яка звернулася до закладу охорони здоров'я з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг є пацієнтом, який має відповідні права та обов'язки.

Не дивлячись на намагання України реформувати сферу охорони здоров'я та системи закладів охорони здоров'я у відповідності до європейських стандартів, все ж таки, з огляду на національні особливості стану та адміністрування досліджуваної сфери даний процес не є успішним. Наразі, наразі окреслимо можливі напрямки та перспективи розвитку щодо захисту прав пацієнтів.

1. Запровадження альтернативних способів досудового урегулювання конфліктів між пацієнтом та суб'єктом надання медичного обслуговування, медичної допомоги та медичних послуг.

З огляду на поширення спорів між лікарями та пацієнтами, особливо актуальним стає питання захисту прав суб'єктів у сфері охорони здоров'я. Основними способами захисту прав пацієнтів та лікарів слід визначити судовий та досудовий. Для українського суспільства традиційним способом є відновлення порушених прав шляхом звернення до суду, однак судовий розгляд зрідка задовольняє справжні інтереси сторін. У зв'язку з неефективністю судової системи поширюються відносно нові альтернативні способи вирішення спорів, у тому числі медичних. Предметом звернення до

суду є оскарження неправомірного рішення, дії або бездіяльності лікаря чи закладу охорони здоров'я [141, с.40-41].

На сьогоднішній день, процедура позасудового оскарження здійснюється наступним чином. Пацієнт в письмовій чи усній формі звертається до Інспекції з питань захисту прав споживачів, регіональних управлінь Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України про проведення клініко-експертної комісії. Але такий спосіб не передбачає контролю сторонами процесу вирішення спору, тому не гарантує задоволення потреб пацієнта та не виключає можливість звернення до суду [141, с.40-41]. В той же час, з огляду на встановлені строки розгляду звернень громадян (до 1 місяця) позасудовий порядок є тривалим по часу та неконтрольований.

Питання судового оскарження як способу захисту прав пацієнтів є ще більш тривалишим. З урахуванням норм процесуального законодавства такі справи можуть розглядатися більше року, при чому, що судова практика розгляду медичних спорів, на сьогодні, лише починає набувати своїх масштабів. Приймаючи до уваги, те що звернення пацієнтів стосується їхнього здоров'я, а питання з якими вони звертаються в позасудовому та судовому порядку потребує негайного вирішення, вважаємо, що держава повинна забезпечити вирішення даних спорів в найкоротші терміни.

Саме тому, на нашу думку, одним з альтернативних та ефективних способів може стати медіація при вирішенні медичних справ.

Звернемо увагу на досвід європейських країн. Медіаційні справи надзвичайно ефективні за часом. Відповідно до міжнародної практики, середня тривалість посередництва становить від 1 до 3 днів, а закриття справ від початку до кінця становить від 85 до 165 днів. Для порівняння, вирішення судової справи щодо лікарської помилки нерідко потребує 5 років [141].

Процес медіації виходить за межі традиційного способів винесення рішення у спорах конфліктуючих сторін. Медіація дає можливість використовувати креативні рішення у складних спорах у сфері охорони

здоров'я. Для повної ефективності медіації у сфері медицини повинна досягати кількох цілей: компенсувати пацієнтам завдану шкоду внаслідок необережності лікаря; мотивувати медичні заклади та лікарів покращувати якість своїх послуг та зменшувати кількість лікарських помилок; намагатися зберегти нормальні стосунки між лікарем та пацієнтом; оптимізувати витрати на вирішення спорів [176, с. 516; 141].

Головними засадами, на основі яких здійснюється процедури медіації, як визначає О. І. Гузеєв, є: 1) принципи, які характеризують процедуру та особливий статус її учасників – принципи нейтральності та добровільності; 2) принципи, які визначають правила проведення медіації – принципи самостійності, конфіденційності, рівності та співробітництва сторін [177, с. 148].

К.С. Токарева відзначає, що проведення медіації у спірних відносинах «лікар-пацієнт» можна поділити на наступні етапи: 1) ініціювання медіації однією зі сторін спору; 2) вибір сторонами медіатора зі списку незалежних осіб, які мають дозвіл на надання послуг посередництва; 3) укладення договору про проведення медіації між пацієнтом і лікарем (медичним закладом); 4) проведення медіації у вигляді спільних або закритих нарад (залежно від ступеня емоційної напруги між пацієнтом та лікарем, особистих побажань сторін); 5) завершення медіації – укладення медіаційної угоди або відмова від медіації будь-кого з учасників процедури; 6) виконання медіаційної угоди у випадку успішності медіації [141, с.43].

Результатом медіації у спорах між лікарем (закладом охорони здоров'я) та пацієнтом може стати відшкодування матеріальної та моральної компенсації пацієнту, повернення коштів за ті медичні послуги, які не задовольнили пацієнта. Крім цього, доцільним буде усунення лікарської помилки, у тих випадках, де це є можливим. З метою усунення лікарської помилки та досягнення угоди з пацієнтом медичний заклад може запропонувати пацієнту залучення досвідчених експертів у сфері медицини та безкоштовні медичні огляди [141, с.44].

Таким чином, можемо відзначити, що позитивними особливостями медіації при вирішенні медичних справ, на нашу думку, є:

1) скорочені строки розгляду справи та можливість прийняття рішення по справі;

2) відсутність необхідності на звернення за професійною допомогою до адвокатів та інших фахівців в галузі права, що передбачає додаткові фінансові затрати на оплату їх послуг;

3) можливість отримання компенсацій моральної та матеріальної шкоди в коротші терміни та вирішення предмету скарги сторони.

2. Налагодження вертикальної та горизонтальної взаємодії в адміністративно-правових відносинах між суб'єктами публічної адміністрації, які наділені відповідними повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я.

Наявність системи органів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я не є запорукою успішного адміністрування відповідної сфери. Результативність та ефективність діяльності даних суб'єктів під час формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, в більшій мірі, залежить від їх діалогу та подальшої взаємодії. Нажаль, за результатами здійснення контролю Рахунковою палатою України діяльності Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, Міністерства фінансів України було прийнято аргументоване рішення про невиконання даними суб'єктами окремих заходів медичної реформи, що в значній мірі погіршило становище пацієнтів та ускладнило їхні можливості на отримання медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування.

Так, за результатами Звіту Рахункової палати про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу було констатовано, що Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України у 2018–2020 роках не забезпечили належної

організації роботи з визначення тарифів і коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги. Внаслідок затвердження Міністерством охорони здоров'я України Методики розрахунків тарифів (наказ від 19.12.2019 № 2559, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 21.12.2019 за № 1270/34241) майже через два роки після набрання чинності Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [131]. І відповідно було надано рекомендації Міністерству охорони здоров'я України та Національній службі здоров'я України спільно з Міністерством фінансів України розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

3. Підвищення контролю за якістю медичних послуг та медичного обслуговування, що надаються в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за відповідними програмами медичних гарантій.

Згідно річного звіту Рахункової палати Національна служба здоров'я України у 2018–2020 роках не забезпечила належного контролю за виконанням надавачами первинної медичної допомоги умов укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги. Шістнадцять надавачів первинної медичної допомоги надавали її з порушенням вимог частини другої статті 15 Закону України від 02.03.2015 № 222 “Про ліцензування видів господарської діяльності”, пункту 9 і підпункту 4 пункту 13 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285, у частині лікарських спеціальностей та місць провадження господарської діяльності з медичної практики, які не зазначено в документах, що додавалися МОЗ до заяви для отримання відповідної ліцензії, та повідомленнях про зміни до них. Ці порушення містять ознаки кримінальних правопорушень і потребують оцінки правоохоронних органів. У результаті

42001,5 тис. грн з державного бюджету використано Національною службою здоров'я України з порушенням пункту 9 договорів, укладених на 2018 рік, та пункту 11 договорів, укладених на 2019–2020 роки. Тридцять три надавачі, охоплені аудитом, не забезпечені необхідним обладнанням, устаткуванням і засобами для надання первинної медичної допомоги відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 № 148. Міністерство охорони здоров'я України передбачило в Порядку № 504, що первинна медична допомога пацієнтам надається безперервно, але не визначило механізму реалізації цієї вимоги. Створення надавачем первинної медичної допомоги чергових кабінетів для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями, а також для надання такої допомоги у вихідні, святкові та неробочі дні має рекомендаційний характер. Критерій щодо безперервності надання первинної медичної допомоги не включено до вимог до надавачів такої допомоги, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 [131].

Окремої уваги, потребує проблема якості та своєчасності надання медичної допомоги пацієнтам, які хворі на Covid-19; виконанню сімейними лікарями свої функціональних обов'язків в межах договорів на медичне обслуговування по програмам медичних гарантій тощо. Так, за результатами проведеного нами анкетування з числа пацієнтів, які через систему e-Helsi записалися на прийом до лікаря 86% відзначають на невідповідність годин прийому фактичних годин надання консультації лікарем, а майже 90% пацієнтів, які мають позитивний тест на Covid-19 сидять в чергах з здоровими пацієнтами на протязі кількох годин. Наявність даних проблем ускладнює, а інколи і унеможлиблює отримання пацієнтами медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування.

4. Забезпечення функціонування госпітальних округів.

Госпітальні округи створюються з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, на території Автономної Республіки Крим, областей, м. Києва та Севастополя [107], тобто «госпітальний округ» визначається як сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території. Також встановлено, що у межах госпітального округу визначаються опорні заклади охорони здоров'я [178].

В Україні досі одна з найбільш неефективних серед європейських країн мереж закладів охорони здоров'я, проблеми якої пов'язані з відсутністю системи планування таких закладів та практикою сталої співпраці місцевих громад з керівниками закладів охорони здоров'я щодо їхнього утримання та розвитку. Тому центральним елементом медичної реформи в аспекті реформування та впорядкування мережі закладів охорони здоров'я стало затвердження Порядку створення госпітальних округів та госпітальних рад. Завданням госпітальних рад є аналіз і планування того, яким чином розвиватимуться заклади охорони здоров'я, розташовані в різних населених пунктах, сусідніх містах та селах, котрі входять до одного госпітального округу. Ключовим процесом в даному випадку є створення спільного плану дій, а саме як такі заклади охорони здоров'я будуть розвиватися не окремо один від одного, а усі разом. Кінцева мета - забезпечення повного комплексу спеціалізованих медичних послуг для жителів госпітального округу. Саме відповідальні особи на місцях через госпітальні ради мають зробити так, щоб підпорядковані їм заклади охорони здоров'я працювали максимально ефективно як єдина система. Адже туди, де буде багато пацієнтів, і поїдуть

кваліфіковані фахівці, а зрештою, і підуть кошти Національної служби здоров'я України. Відтак, долю закладів охорони здоров'я, які знаходяться в самих територіальних громадах, мають вирішувати насамперед представники громад. Це дозволить, як мінімум, чітко контролювати процес та уникнути небажаних для громади результатів. Більше того, це можливість суттєво підвищити якість життя в громадах. Основна мета запровадження госпітальних округів, госпітальних рад і всього того, що із цим пов'язане, – це наблизити до людей високоякісні спеціалізовані медичні послуги, наприклад, кардіохірургія, нейрохірургія, діаліз тощо. Допомога, яку мешканці громад раніше могли отримувати лише в обласному центрі, зараз має надаватися в багатoproфільних лікарнях інтенсивного лікування [178].

Необхідно при цьому вже після формування госпітального округу та госпітальної ради напрацювати перспективний план розвитку госпітального округу мінімум на 3, а краще на 5 років. Важлива участь в розробці такого плану представників територіальних громад. Саме їхня участь дозволить визначити, яким чином територіальні громади організовують медичну мережу своїй території та правильно розподіляють відповідні фінансові ресурси. Територіальні громади мають приймати стратегічні рішення, яку лікарню доцільно розвинути до другого рівня, яку перепрофілювати у заклад паліативного догляду, а яку – у реабілітаційний центр тощо. Отже для ефективної та якісної роботи закладів охорони здоров'я в госпітальному окрузі однією з необхідних умов є максимальне делегування до госпітальної ради представників громад [178].

Таким чином, вбачається необхідним зосередити увагу на взаємоузгодженості реформ, які наразі провадяться в Україні: реформа децентралізації та реформа охорони здоров'я повинні враховувати концептуальні особливості та прогнозовані результати. Не слід забувати, що в ході децентралізації місцеві органи публічної адміністрації отримали досить широкі повноваження щодо розподілення місцевих бюджетів, участі в публічному адмініструванні в різних сферах публічного адміністрування, в

тому числі, і сфері охорони здоров'я. Організація мережі закладів охорони здоров'я повинна відповідати принципам децентралізації. Слід відзначити, що даний напрямок медичної реформи не виконаний, а функціонування 105 госпітальних округів в межах території України залишилися лише в проєкті.

б. Підвищення технічних можливостей функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Реалізація даного напрямку, на нашу думку, повинна враховувати наявність волокнистого покриття на всій території України. Розвиток інформаційних технологій, глобальної мережі Інтернет, збільшення обсягів виконуваних задач в цифровому середовищі, запровадження електронних реєстрів в сфері публічного адміністрування, електронна комунікація між органами державної влади та органами місцевого самоврядування тощо є дієвими чинниками розвитку процесу цифровізації в сфері охорони здоров'я та швидкого доступу пацієнтів до медичних послуг.

З даного напрямку існують проблеми. Так, центральна база даних електронної системи охорони здоров'я несумісна та не має електронної взаємодії з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, визначеними у Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, за винятком Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань та Державного реєстру актів цивільного стану громадян (з 01.10.2020) у частині реєстрації народження. Отже, відомості, що містяться у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, неповні та недостовірні. Міністерством охорони здоров'я України розроблено порядки ведення лише трьох реєстрів із дев'яти, включених до центральної бази даних. Електронні медичні інформаційні системи, що є також складовою електронної системи охорони здоров'я, підключено Державним підприємством "Електронне здоров'я" до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я без проведення тестувань на

відповідність технічним вимогам, встановленим Національною службою здоров'я України. Інформація про кількість декларацій і розміщені в електронних медичних інформаційних системах користувачів/надавачів первинної медичної допомоги дані про медичних працівників, які перебувають у трудових відносинах, не відповідає інформації центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. Технічні можливості електронних медичних інформаційних систем унеможливають формування надавачами первинної медичної допомоги звітів про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, перевірку проведених Національною службою здоров'я України коригувань обсягу сплачених їм коштів державного бюджету, створення переліків декларацій, за якими Національною службою здоров'я України проведено коригування оплачених їм сум, та встановлення причин такого коригування, перегляд інформації про підстави припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації [131].

З метою вирішення даної проблеми на думку експертів Рахункової палати необхідно забезпечити укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій лише з використанням електронної системи охорони здоров'я та забезпечити контроль за своєчасним внесенням змін до діючих договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та дотриманням надавачами первинної медичної допомоги терміну інформування НСЗУ про припинення їх дії [131].

В той же час, належне функціонування електронної системи охорони здоров'я передбачає постійне оновлення та перевірку на актуальність даних про пацієнтів; медичні послуги, які вони отримують; відомості про декларації укладені з лікарем; відвідування лікарів; надані послуги пацієнту; та іншу медичну інформацію.

Верифікацію Національною службою здоров'я України розпочато лише у жовтні 2019 року і проведено за трьома критеріями: припинення трудових

відносин з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, або смерть лікаря; смерть пацієнта, який уклав декларацію з лікарем; подання пацієнтом (його законним представником) або надавачем звернень щодо необхідності внесення змін до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. За результатами верифікації Національною службою здоров'я України встановлено зайву сплату коштів державного бюджету надавачам первинної медичної допомоги у 2018–2019 роках у загальній сумі 36803,9 тис. гривень. Верифікацію даних, внесених до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, у 2020 році Національною службою здоров'я України не проведено. З урахуванням виявлених за результатами аудиту фактів Національною службою здоров'я України в лютому 2021 року додатково проведено верифікацію даних, внесених до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, та встановлено сплату надавачам первинної медичної допомоги коштів державного бюджету у сумі 19773,4 тис. грн з порушенням чинного законодавства (у тому числі за 2018 рік – 198,0 тис. грн, 2019 рік – 2049,6 тис. грн, 2020 рік – 17525,8 тис. гривень). Облік медичних послуг, наданих пацієнтам у 2018–2020 роках надавачами первинної медичної допомоги, не здійснювався. Як наслідок – упродовж цього періоду ризику непродуктивного і нерезультативного використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу. Ідентифікацію цих ризиків і, відповідно, управління ними Національною службою здоров'я України не здійснено. Через неефективні управлінські рішення Національною службою здоров'я України бюджетні асигнування в сумі 276813,6 тис. грн до кінця бюджетних 2018–2020 років не використано [131].

Наразі, актуальним завданням перед Національною службою здоров'я України є організація та проведення верифікації даних, які містяться в електронній системі охорони здоров'я.

7. Необхідно вживати заходів для недопущення «вигорання» лікарів.

Медична реформа передбачає, що терапевт може обслуговувати до 2 тис. пацієнтів, сімейний лікар - 1,8 тис., педіатр -900. Втім, дані норми робочого навантаження є дуже високі, що спричиняє звільнення лікарів з закладів охорони здоров'я державної і комунальної форми власності та перехід в приватну медицину. Так, протягом квітня-грудня 2020 року, за даними НСЗУ у відповідь на запит *hromadske*, звільнилися 1 597 лікарів, які надають первинну медичну допомогу. З них 543 працевлаштувалися в іншому закладі. За 2021 рік (станом на 15 листопада) звільнилися 1 398 лікарів «первинки» [179].

Сімейних лікарів в Україні вистачає, запевняють у Національній службі здоров'я України. Однак вони нерівномірно розподілені за регіонами, тому в деяких областях, наприклад, на Чернігівщині, Луганщині та Донеччині, може виникати їх нестача. На дашборді Національній службі здоров'я України видно, що в цих регіонах така проблема переважно стосується сільської місцевості: лікарі або взагалі відсутні, або вже набрали ліміт пацієнтів [179].

Таким чином, з метою вирішення ситуації скорочення чисельності лікарів, що негативним чином впливатиме на захист прав пацієнтів, вважаємо необхідно переглянути законодавчо встановлені нормативи робочого часу лікарів первинної медицини у розрахунку на одного лікаря загальної практики (сімейного лікаря, лікаря-терапевта, лікаря-педіатра); забезпечити рівномірне розподілення пацієнтів в ланці первинної медичної допомоги; розробити стимулюючі заходи для заповнення нестачі лікарів первинної медицини в сільській місцевості та окремих далеко віддалених районах.

8. Забезпечення захисту особистих даних пацієнта, їх передачі та деперсоналізація в системі e-Health.

Н. Аткинсон зазначає, що важливими питаннями нового часу стали: чи відрізняються користувачі інтернет медичних послуг від загальної сукупності щодо змін у галузі здоров'я та демографічних змінних; які комунікативні інтернет-заходи, пов'язані зі здоров'ям, є найбільш поширеними, адже це безпосередньо впливає на формування публічного управління та

адміністрування сферою охорони здоров'я завдяки e-Health [180]. Сьогодні, за твердженням багатьох дослідників, концепція E-Health повинна поступово еволюціонувати в зручніший формат комунікацій з користувачем медичної послуги та організатором охорони здоров'я – m-Health [181; 182; 183; 116].

Ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних» визначено, що обробка персональних даних про расове або етнічне походження, політичні, релігійні або світоглядні переконання, членство в політичних партіях та професійних спілках, засудження до кримінального покарання, а також даних, що стосуються здоров'я, статевого життя, біометричних або генетичних даних не може бути заборонена в цілях охорони здоров'я для: встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я за умови, що такі дані обробляються медичним працівником, фахівцем з реабілітації або іншою особою закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу чи фізичною особою - підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, працівниками закладу, що здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд та діяльність у галузі громадського здоров'я, який одержав ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики; контролю якості надання медичних послуг за умови, що такі дані обробляються працівниками центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості надання медичних послуг; обміну інформацією про фінансування медичних послуг та послуг у сфері охорони здоров'я за умови, що такі дані обробляються працівниками Фонду соціального страхування України, Пенсійного фонду України, Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю, центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну фінансову та

бюджетну політику, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних [184, ст.7].

Втім, залишається актуальним питання захисту особистих даних пацієнтів.

9. Нормативне закріплення обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів.

За статистикою, лише 20% лікарських помилок викликані людським фактором, інші 80% трапляються через недосконалість медичних технологій та брак медичного обладнання (наприклад, відсутні належні умови лікування, погана матеріально-технічна база або недостатній рівень професіоналізму лікаря тощо). Механізм страхування відповідальності лікаря за лікарську помилку передбачає організацію та проведення незалежної експертизи, яка оцінює шкоду, нанесену пацієнту внаслідок лікарської помилки, але компенсує її не медик чи медичний заклад, а страхова компанія. Завдяки цьому пацієнт гарантовано отримує відшкодування, а родині лікаря не доводиться розпродавати майно та жебракувати, щоб виплатити всю необхідну суму [185].

Згідно європейської практики страхові ризики припускають помилки медиків в таких випадках: при встановленні діагнозу; в рекомендаціях при проведенні лікування; при призначенні лікарських засобів; при проведенні хірургічних операцій. Найчастіше страхове відшкодування включає такі витрати: компенсацію шкоди, заподіяної здоров'ю; втрачений заробіток, якого позбувся потерпілий через втрату працездатності; видатки, необхідні для відновлення здоров'я; відшкодування моральної шкоди; витрати на позасудовий та судовий захист [185].

Отже, на сьогодні відсутній механізм захисту прав пацієнтів, тобто відсутня чітка нормативна регламентація захисту пра пацієнтів, так і з практичної точки зору. Слід відзначити, що на сьогоднішній день, відсутня статистична інформація щодо захисту прав пацієнтів.

10. Впровадження посади омбудсмена з захисту прав пацієнтів.

З аналізу нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я, а також положень компетентних суб'єктів публічної адміністрації (Положення про Міністерство охорони здоров'я України; Про утворення Національної служби здоров'я України; Про місцеві державні адміністрації та ін.) можемо відзначити, що на сьогоднішній день, відсутня організаційна одиниця в системі органів охорони здоров'я та в системі закладів охорони здоров'я, яка б здійснювала захист прав пацієнтів. Не дивлячись на ієрархічно побудовану систему органів публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я до жодного з даних суб'єктів не віднесено функцію захисту прав пацієнтів. Іншими словами, відповідальність за вироблення та реалізацію єдиної державної політики у цій сфері ні за ким не закріплена, а окремі завдання (контроль якості медичної допомоги тощо) розподілені між різними відомствами.

Більш детально щодо даного перспективного напрямку ми зупинятися не будемо, адже розглядали його в підрозділі 3.1. дисертації.

11. Гармонізація національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів.

В даному випадку маємо на увазі саме гармонізацію, а не адаптацію. Адже, адаптація законодавства передбачає перебирання чужого досвіду для урегулювання відповідних адміністративно-правових відносин. Тоді як гармонізація передбачає усунення існуючих правових прогалин та колізій в питаннях захисту прав пацієнтів. Про окремі колізійні норми нами було зазначено в підрозділі 2.2 дисертації.

Отже, вважаємо, що з метою удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів необхідно реалізувати наступні кроки:

1. Запровадження альтернативних способів досудового урегулювання конфліктів між пацієнтом та суб'єктом надання медичного обслуговування, медичної допомоги та медичних послуг.

2. Налагодження вертикальної та горизонтальної взаємодії в адміністративно-правових відносинах між суб'єктами публічної

адміністрації, які наділені відповідними повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я.

3. Підвищення контролю за якістю медичних послуг та медичного обслуговування, що надаються в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за відповідними програмами медичних гарантій.

4. Забезпечення функціонування госпітальних округів.

6. Підвищення технічних можливостей функціонування електронної системи охорони здоров'я.

7. Необхідно вживати заходів для недопущення «вигорання» лікарів.

8. Забезпечення захисту особистих даних пацієнта, їх передачі та деперсоналізація в системі e-Health.

9. Нормативне закріплення обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів.

10. Впровадження посади омбудсмена з захисту прав пацієнтів.

11. Гармонізація національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів.

Висновки до розділу 3

Дослідивши перспективи розвитку адміністративно – правового захисту прав пацієнтів в Україні ми прийшли до наступних висновків.

На підставі вивчення міжнародного досвіду високорозвинених країн щодо захисту прав пацієнтів пропонуємо наступне: I. запровадження в Україні компетенційно структурованої системи органів та установ захисту прав пацієнтів: 1) запровадження посади омбудсмена при центральному органі виконавчої влади, що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів; II. Запровадження посади омбудсмена при закладах охорони здоров'я; 2) враховуючи принцип децентралізації доцільним вбачається утворення регіональних комісій захисту прав пацієнтів

при місцевих органах публічної адміністрації з подальшою передачею інформації до Національної комісії захисту прав пацієнтів при Міністерстві охорони здоров'я України; 3. Передбачити, що суб'єктом медіації з розгляду скарг пацієнтів є омбудсмен, який діє при закладі охорони здоров'я; омбудсмен при Міністерстві охорони здоров'я України. Даний спосіб захисту прав пацієнтів є видом позасудового оскарження діянь лікарів та медичних працівників щодо предмету захисту прав пацієнтів; 4. Розвиток громадських інститутів, які б займалися захистом прав пацієнтів.

Удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів необхідно реалізувати наступні кроки: 1. Запровадження альтернативних способів досудового урегулювання конфліктів між пацієнтом та суб'єктом надання медичного обслуговування, медичної допомоги та медичних послуг. 2. Налагодження вертикальної та горизонтальної взаємодії в адміністративно-правових відносинах між суб'єктами публічної адміністрації, які наділені відповідними повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я. 3. Підвищення контролю за якістю медичних послуг та медичного обслуговування, що надаються в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за відповідними програмами медичних гарантій. 4. Забезпечення функціонування госпітальних округів. 6. Підвищення технічних можливостей функціонування електронної системи охорони здоров'я. 7. Необхідно вживати заходів для недопущення «вигорання» лікарів. 8. Забезпечення захисту особистих даних пацієнта, їх передачі та деперсоналізація в системі e-Health. 9. Нормативне закріплення обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів. 10. Впровадження посади омбудсмена з захисту прав пацієнтів. 11. Гармонізація національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів.

ВИСНОВКИ

У дисертації зроблено теоретичне узагальнення й запропоновано нове вирішення наукового завдання, що виявляється у пропозиціях щодо вдосконалення адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. Наведено низку нових наукових положень та висновків, тлумачиться чинне національне законодавство, сформульовано пропозиції та рекомендації удосконалення адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. А саме:

1. Досліджено генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів поділено на наступні періоди: *I. давньоруський період (IX-XIII ст.)* характеризувався: 1) відсутністю засобів лікування; 2) появою нетрадиційних методів лікування з метою полегшити біль та лікування; 3) утворення перших медичних закладів; 4) розподіл лікарської справи за спеціальностями; 5) диференціація якості медичної допомоги залежно від соціального та економічного стану особи; *II. період розвитку медицини і формування прав пацієнтів в правових актах (1240 – 1780)* характеризувався: 1) створення спеціалізованих навчальних закладів для навчання лікарів; 2) створення лікарняних палат при монастирях та цілих монастирів лікувального спрямування; 3) створення медичних шкіл та поява аптек; 4) необхідністю надання медичної допомоги не лише особам, які зазнали каліцтв, отримали рани та поранення під час бою, але й здійснення профілактики та боротьба з інфекційними епідеміями; *III. новітній період (XVII - XIX ст.)* - в даний період було створено наступні медичні заклади освіти: Єлисаветградська медико-хірургічна школа; Львівський медичний колегіум і медичний факультет Львівського університету; Київський медичний інститут. Розвивалася реміснича (цехова) медицина, яка була спрямована на боротьбу з епідеміями, а також фармація (розвиток аптечної справи); *IV. період української державності (1917-1921 рр.)* захистом прав пацієнтів займався спеціально створений орган державної влади, питаннями охорони здоров'я опікувалися також земства, міські думи і управи; широкого

поширення набула фабрично-заводська медицина; *V. радянський період (1922-1991 рр.)* в даний період сформувалася консервативна модель захисту прав пацієнтів, що пов'язано з існуванням закладів системи охорони здоров'я, нормативно-правовим регулюванням права громадян на охорону здоров'я, збільшенням кадрового потенціалу, розвитком медицини в цілому, створення централізованої ієрархічно побудованої системи органів державної влади в сфері охорони здоров'я. Визначено, що право пацієнтів на охорону здоров'я є головним конституційним правом особи; *VI. період формування захисту прав пацієнтів в Україні (з 1991 р. по 2015 р.)*: 1) наявність сучасного законодавства щодо правової регламентації видів прав пацієнтів; 2) виникнення можливості медичного страхування; 3) централізована система органів публічної адміністрації щодо захисту прав пацієнтів; 4) наявність бюджетного та позабюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, що безпосереднім чином впливає на якість та обсяг медичних послуг, які отримують пацієнти; 5) виникнення можливості та, що головне правової регламентації захисту пацієнтами своїх прав шляхом оскарження; 6) поява судової практики захисту прав пацієнтів; 7) переважання державної медицини над самофінансованою; 8) створення розгалуженої системи закладів охорони здоров'я; *VII. сучасний період з 2016 року по теперішній час* характеризується законодавчим утвердженням прав пацієнтів та здійсненням реформаційних перетворень в системі охорони здоров'я; визначенням системи прав пацієнтів та юридичних гарантій їх захисту; удосконаленням системи медичного страхування; запровадженням системи співфінансування медичних послуг, що негативно вплинуло на захист прав пацієнтів; виникнення спеціалізації «медичне право»; поява судової практики захисту прав пацієнтів; впровадження соціальних програм захисту прав пацієнтів.

2. Зазначено, що адміністративно-правовий захист прав пацієнтів – це діяльність уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, що спрямована на безперешкодне, своєчасне, високопрофесійне надання пацієнтам послуг в

сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також у притягненні осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

3. Визначено, що пацієнт – це учасник адміністративно-правових правовідносин, який звернувся до закладу охорони здоров'я з метою отримання діагностичної, лікувальної, профілактичної та іншого виду медико-біологічної допомоги та захисту своїх прав і законних інтересів в сфері охорони здоров'я.

4. Виокремлено ознаки адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: 1) включає в себе: судовий захист, державний захист та правовий захист; 2) здійснюється як суб'єктами органів виконавчої влади, так і правоохоронними органами; 3) передбачає виникнення факту порушення прав пацієнтів; 4) наявна шкода пацієнту; 5) результатом є прийняття імперативного індивідуального адміністративного акту.

5. З'ясовано, що особливостями адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є: 1. є природнім правом особи, яке спричинило виникнення ряду похідних прав - право на лікарські засоби; право на первинну та вторинну лікарську допомогу; право на післямедичну допомогу; право на отримання медичних послуг (як платних, так і безоплатних); реабілітаційних послуг; право на якісне медичне обслуговування; право на свободу вибору; право на безпеку тощо; 2. нормативною підставою адміністративно-правового захисту прав пацієнтів є загальне та спеціальне законодавство. Відзначено, що в нормах спеціального законодавства не достатньо урегульовано досліджувана сфера; 3. формами захисту прав пацієнтів є традиційні судовий та позасудовий; 4. пацієнт є учасником адміністративно-правових відносин, що виникають в сфері охорони здоров'я між ним та закладом охорони здоров'я; 5. здійснюється системою суб'єктів публічної адміністрації та громадськими організаціями.

6. Зазначено, що механізм адміністративно-правового захисту прав пацієнтів – це комплексна категорія адміністративного права, що являє

собою систему взаємопов'язаних самостійних складових, що сприяють захисту фізичних осіб від дій, рішень, бездіяльності суб'єктів публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, їх посадових та службових осіб, а також керівників та працівників закладів охорони здоров'я.

7. Визначено, що нормативно – правове регулювання прав пацієнтів медичної сфери - це система міжнародних правових актів та актів національного законодавства, які урегульовують публічно-правові відносини з захисту прав пацієнтів шляхом застосування адміністративно-правових засобів і пов'язаний із встановленням конкретних прав й обов'язків суб'єктів відповідних відносин.

8. Доведено необхідність розроблення та прийняття закону України «Про захист пацієнтів». Автором наведено проект структури даного акту.

9. Визначено, що публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери – це система органів виконавчої влади та органів, які виконують делеговані повноваження в сфері охорони здоров'я, метою діяльності яких є гарантування конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення своєчасного, безперервного, високопрофесійного надання пацієнтам послуг в сфері охорони здоров'я у випадку їх звернення до закладів системи охорони здоров'я, а також притягнення осіб, які порушують права пацієнтів до юридичної відповідальності.

10. Доведено необхідність утворення при юридичному департаментів Міністерства охорони здоров'я України Відділу з захисту прав пацієнтів. При цьому, функціонування даного підрозділу повинно бути централізованим за ієрархічним принципом, тобто відділи з захисту прав пацієнтів повинні бути створені також і в структурі органів, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України.

11. На підставі вивчення міжнародного досвіду високорозвинених країн щодо захисту прав пацієнтів пропонуємо наступне: І. запровадження в Україні компетенційно структурованої системи органів та установ захисту прав пацієнтів: 1) запровадження посади омбудсмена при центральному

органі виконавчої влади, що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів; II. Запровадження посади омбудсмена при закладах охорони здоров'я; 2) враховуючи принцип децентралізації доцільним вбачається утворення регіональних комісій захисту прав пацієнтів при місцевих органах публічної адміністрації з подальшою передачею інформації до Національної комісії захисту прав пацієнтів при Міністерстві охорони здоров'я України; 3. Передбачити, що суб'єктом медіації з розгляду скарг пацієнтів є омбудсмен, який діє при закладі охорони здоров'я; омбудсмен при Міністерстві охорони здоров'я України. Даний спосіб захисту прав пацієнтів є видом позасудового оскарження діянь лікарів та медичних працівників щодо предмету захисту прав пацієнтів; 4. Розвиток громадських інститутів, які б займалися захистом прав пацієнтів.

12. Стверджується, що шляхами удосконалення адміністративно – правового захисту прав пацієнтів є: 1. Запровадження альтернативних способів досудового урегулювання конфліктів між пацієнтом та суб'єктом надання медичного обслуговування, медичної допомоги та медичних послуг. 2. Налагодження вертикальної та горизонтальної взаємодії в адміністративно-правових відносинах між суб'єктами публічної адміністрації, які наділені відповідними повноваженнями та компетенцією в сфері охорони здоров'я. 3. Підвищення контролю за якістю медичних послуг та медичного обслуговування, що надаються в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за відповідними програмами медичних гарантій. 4. Забезпечення функціонування госпітальних округів. 6. Підвищення технічних можливостей функціонування електронної системи охорони здоров'я. 7. Необхідно вживати заходів для недопущення «вигорання» лікарів. 8. Забезпечення захисту особистих даних пацієнта, їх передачі та деперсоналізація в системі e-Health. 9. Нормативне закріплення обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів. 10. Впровадження посади омбудсмена з захисту прав пацієнтів. 11. Гармонізація національного законодавства щодо захисту прав пацієнтів.

13. Запропоновано внести зміни та доповнення до:

- Основи законодавства України про охорону здоров'я: доповнити ст. 3 поняттями: «медична послуга» - це професійна дія лікаря чи медичного працівника щодо здійснення огляду пацієнта; надання індивідуальної консультаційної допомоги; надання послуг операційного характеру; здійснення медичних маніпуляцій; організації та надання медичних процедур; відібрання біоматеріалу для проведення медичних досліджень; амбулаторний догляд за пацієнтом;

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»: доповнити ст.2 поняттям «медичний патронаж» - професійна діяльність спеціалістів (сімейних лікарів, психологів, реабілітологів, медичних сестер, масажистів, медичних працівників) по надання медичної допомоги та медичних послуг; доставленню лікарських засобів та препаратів; здійсненню необхідних медичних процедур; відібрання біологічного матеріалу на дослідження тощо; ч.2 ст.4 доповнити реченням наступного змісту: «2. Громадянам України у межах програми медичних гарантій, які визначені в пунктах 1-5 ч.1 ст. 4 даного Закону витрати оплачуються за рахунок державного та місцевого бюджетів у встановленому законодавством порядку»;

- постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440 «Про затвердження Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» виключити з п.7 наступне речення: «Інформація про медичні послуги, які оплачуються за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, вноситься надавачами медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я»;

- постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» п.4 доповнити наступним змістом: «організовує та здійснює контролю та організовує проведення незалежної експертизи якості медичної допомоги, медичних послуг, лікарських засобів та препаратів».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Братков О.И. Всеобщее право и здоровье и его реализация в различных странах мира / О.И. Братков, Д.Д. Венедиктов, Е.В. Галахов. М.: Медицина, 1981. 278 с.
2. Козаченко Ю. Международный опыт обеспечения прав пациентов. URL:
<http://dspace.pdaa.edu.ua:8080/bitstream/123456789/2249/1/%D0%9A%D0%BE%D0%B7%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%9C%D0%95%D0%96%D0%94%D0%A3%D0%9D%D0%90%D0%A0%D0%9E%D0%94%D0%9D%D0%AB%D0%99%20%D0%9E%D0%9F%D0%AB%D0%A2%20%D0%9E%D0%91%D0%95%D0%A1%D0%9F%D0%95%D0%A7%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%AF%20%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%92%20%D0%9F%D0%90%D0%A6%D0%98%D0%95%D0%9D%D0%A2%D0%9E%D0%92.pdf>
3. Глуховский В.В. Стандарты и механизмы обеспечения прав пациентов в системах здравоохранения. Николаев: Дизайн и полиграфия, 2008. 134с.
4. Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу та Протокол до неї (ETS N 14). Париж, 11 грудня 1953 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_649#Text
5. Європейська соціальна хартія (переглянута). Страсбург, 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
6. Європейський кодекс соціального забезпечення Страсбург, 16 квітня 1964 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_329#Text
7. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів / [Глуховський В.В. та ін.]; Європ. прогр. Міжнар. фонду Відродж. «Розвиток співпраці аналітичних центрів України та країн Західної Європи». К. : Дизайн і поліграфія, 2012. 158 с.

8. Козаченко Ю. А. Компаративный анализ источников международно-правового регулирования прав пациента. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komparativnyy-analiz-istochnikov-mezhdunarodno-pravovogo-regulirovaniya-prav-patsienta>

9. Жилияева Е.П. Формы закрепления прав пациентов в законодательстве стран Европы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 6. С. 40-42.

10. Білоус В.І., Білоус В.В. Історія медицини і лікувального мистецтва. Чернівці, 2019, 284 с. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua/bitstream/123456789/15028/1/%D0%86%D0%A1%D0%A2%D0%9E%D0%A0%D0%86%D0%AF%20%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A6%D0%98%D0%9D%D0%98%20%D0%86%20%D0%9B%D0%86%D0%9A%D0%A3%D0%92%D0%90%D0%9B%D0%AC%D0%9D%D0%9E%D0%93%D0%9E%20%D0%9C%D0%98%D0%A1%D0%A2%D0%95%D0%A6%D0%A2%D0%92%D0%90.pdf>

11. Медицина і лікування в Київській Русі: характеристика та напрямки. URL: <https://histua.com/istoriya-ukraini/knyaya-doba/meditsina-i-likuvannya-v-kijivskij-rusi>

12. Стеценко С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ) : дис. ... д-ра юрид. наук. СПб., 2002. 452 с.

13. Тищенко О.В. Медицина запорозького козацтва як предмет досліджень. Газета «Новости медицины и фармации», 2017. №9 (621). URL: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/44986

14. Ступак Ф. Я. Особливості розвитку охорони здоров'я в Україні у першій половині ХХ століття. Грані. 2015. № 1 (117). С.148–152.

15. Пиріг Р. Я. Діяльність урядів гетьманату Павла Скоропадського: персональний вимір. К.: Ін-т історії України НАН України, 2016. 518 с.

16. Кононенко В. В. Державне регулювання відносин у сфері охорони здоров'я у добу української революції (1917-1920 рр.) / В. В. Кононенко, В. Г. Дроненко. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019. № 11. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2019/4.pdf

17. Христюк П. Замітки і матеріали до історії української революції. 1917-1920 рр.: у 4 томах. НьюЙорк: Вид-во Чарторійських, 1969. Т. 1 . 151 с.

18. Радиш Я., Мезенцева Н., Буравльов Л. Державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти. Медичне право. 2008. № 1. С. 26–37.

19. Куранов В.Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период. Пермский медицинский журнал. 2013. № 6. С. 133–139.

20. Трошкина О.Н. Актуальные проблемы защиты прав пациента в России в условиях глобализации. Наука. Общество. Государство. 2014. № 3 (7). С. 1–11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemyzaschity-prav-patsienta-v-rossii-v-usloviyah-globalizatsii> (

21. Альмухаметова М. Ш., Лешукова А. Е. История и современное состояние правового регулирования защиты прав пациентов в России. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-i-sovremennoe-sostoyanie-pravovogo-regulirovaniya-zaschity-prav-patsientov-v-rossii/viewer>

22. Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении: Закон Союз Советских Социалистических Республик от 19 декабря 1969 года № 4589-VII. URL: <https://docs.cntd.ru/document/9021016>

23. Права пациента: история, проблемы практической реализации. URL: <https://www.law.ru/blog/21720-prava-patsienta-istoriya-problemy-prakticheskoy-realizatsii>

24. Пациенты имеют право выбора и замены врача или иного поставщика медицинских услуг, в том числе и лечебно-профилактического

учреждения.

URL:

https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WH O.pdf

25. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

26. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради України, 2018. № 5. Ст.31.

27. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: затв. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

28. Як виписувати електронний рецепт на «Доступні ліки»: інструкція для лікарів. URL. <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-vipisuvati-elektronnij-recept-na-dostupni-likii-instrukcija-dlja-likariv>

29. В Україні запрацювала національна система електронної взаємодії між державними органами "Трембіта". URL. https://espreso.tv/news/2019/05/27/didzhytalizaciya_v_ukrayini_zapracuvala_nacionalna_systema_e_uryaduvannya

30. Ожегов С.И. Словарь русского языка. М. Русский язык, 1984. 797 с.

31. Назаров В.В. Особливості механізму захисту прав людини у кримінальному провадженні. Форум права. 2009. № 1. С. 385–391.

32. Кожура Л. О. Адміністративно-правовий захист та охорона: поняття та співвідношення. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2015. Вип. 35(1.2). С. 119-122.

33. Алексеев С.С. Общая теория права. В 2 томах. Т. 1. М.: Юрид. лит., 1981. 361 с.

34. Витрук Н.В. Правовой статус личности в СССР. М.: Юрид. лит., 1985. 176 с.

35. Матузов Н.И. Правовая система и личность. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1987. 293 с.

36. Гіда Є.О. Права людини (охорона і захист). Міжнародна поліцейська енциклопедія: у 10 т. К.: Ін Юре, 2005. Т. 2. 759 с.

37. Обушак О.О., Обушак С.А. Адміністративне регулювання у сфері охорони прав на об'єкти інтелектуальної власності. Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії: Збірник наукових праць. Вип. 36. 3. 2009. С. 75–86.

38. Правопис Української мови 1993 р.
<https://slovnyk.ua/index.php?swrd=%D0%BF%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82>

39. Пацієнт. URL:
<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82>

40. Юридична енциклопедія : [у 6 т.] / ред. кол. Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.]. К. : Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2002. Т. 4 : Н - П. 720 с.

41. Фармацевтична енциклопедія. URL:
<https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/760/paciyent>

42. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України. Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 529 с.

43. Стеценко, С. Г. Медицинское право : учеб. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2004. 570 с.

44. Стеценко, С. Г. Очерки медицинского права / С. Г. Стеценко, А. Н. Пищита, Н. Г. Гончаров. М. : ЦКБ РАН, 2004. 172 с.

45. Тихомиров, А. В. Медицинское право : практ. пособие / А. В. Тихомиров. М. : Статус, 1998. 418 с.

46. Пицита, А. Н. Правовой статус российского пациента. Журн. рос. права. 2005. № 11. С. 46-53.

47. Колоколов, Г. Р. Медицинское право / Г. Р. Колоколов, Н. И. Махонько. М. : Дашков и К., 2009. 452 с.

48. Блинов А.Г. Юридический статус пациента как субъекта здравоохранительных правоотношений. Журнал российского права. 2011. Вып. 4. С. 18 – 25.

49. Малышко, А. Ю. Правовой статус граждан Российской Федерации при оказании медицинской помощи (административно-правовой аспект) : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.14 / А. Ю. Малышко. М., 2004. 29 с.

50. Тимчишен, Ю. Е. Понятие и правовой статус пациента как субъекта правоотношений по оказанию медицинских услуг. Весн. Беларус. дзярж. экан. ун-та. 2016. № 4. С. 104–110. URL: http://edoc.bseu.by:8080/bitstream/edoc/66314/3/Timchishen._Yu._E._104_110.pdf

51. Про затвердження Інструкції про організацію медичного забезпечення у Службі зовнішньої розвідки України: затв. Наказом Служби зовнішньої розвідки від 29.07.2014 № 246.

52. Про затвердження державних санітарних правил "Основні санітарні правила забезпечення радіаційної безпеки України": затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2005 № 54.

53. Про затвердження Державних санітарних правил і норм "Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур": затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2007 № 294.

54. Про затвердження Інструкції про порядок медичного забезпечення в Службі безпеки України: затв. Наказом Служба безпеки України від 08.10.2007 № 718.

55. Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики: затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 № 690.

56. Про затвердження Правил проведення клінічних випробувань медичної техніки та виробів медичного призначення і Типового положення про комісії з питань етики: затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.05.2010 № 56.

57. Козаченко Ю.А. Адміністративно-правове регулювання забезпечення прав пацієнта в Україні: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук. зі спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право», 2016. Харків: НАУ імені Ярослава Мудрого. 24 с. URL: http://nauka.nlu.edu.ua/download/diss/Kozachenko/a_Kozachenko.pdf

58. Паращиц І. М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. наук з державного управління 25.00.02 «механізми державного управління», 2009. Київ: Національна академія державного управління при Президентові України. 23 с. URL: http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Avtoreferat/2a69c6e5-f257-4f8b-8ce8-28a802fe2c8d.pdf

59. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України, 1993. № 4. Ст.19.

60. Сенюта І. Я. Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів в Україні. Адміністративне право і процес: шляхи вдосконалення законодавства і практики: Зб. матер. наук. -практ. конф. (м. Київ, 22 грудня 2006 р.) / Ред. кол.: О. М. Джу́жа, В. М. Дзю́ба, С. Г. Стеценко та ін. К.: Київський нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 225-229.

61. Що робити, якщо ваші права як пацієнта порушені. URL: <https://www.legalaid.gov.ua/publikatsiyi/shho-robyty-yakshho-vashi-prava-yak-patsiyenta-porusheni/>

62. Галай В. О. Захист прав пацієнтів у правозахисному механізмі в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції, 2007. Львів. С.67-72. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_067_04.pdf

63. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 року №254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України, 1996. № 30. Ст. 141.

64. Глущенко Н.В. Поняття адміністративно-правового механізму захисту прав у медичній сфері. Правові горизонти, 2018. №8 (21). С.65-69. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/67816/1/Hlushchenko_Zakhyst_prav_8%2821%29_2018.pdf

65. Проект Закону України «Про захист прав пацієнтів». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JF0VG00A?an=3>

66. Муза О. В. Адміністративно-правовий механізм захисту прав, свобод та інтересів фізичних і юридичних осіб в Україні. Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2014. № 6. С. 32-36. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzizvru_2014_6_9

67. Введение в специальность “Юриспруденция”. Учебное пособие для ВУЗов / ред. В.Я. Кикоть. М.: ЮНИТИ. 2008. 271 с.

68. Абашидзе И. Советский энциклопедический словарь. / И. Абашидзе, П. Азимов, А. Александров и др. Москва: «Советская энциклопедия», 1990. 1632 с.

69. Комаров С.А. Общая теория государства и права: Курс лекций. М.: 1996. 368 с.

70. Крижанівський А.Ф. Правовий порядок в Україні: витоки, концептуальні засади, інфраструктура: Монографія. Одеса: Фенікс, 2009. 504 с.

71. Олійник А.Ю. Конституційно-правовий механізм забезпечення основних свобод людини. К., Алеута, КНТ. Центр навчальної літератури. 2008. 472 с.

72. Литвинов О. Соціально-правовий механізм протидії злочинності в Україні: монографія. Харків: ХНУВС, 2008. 446 с.

73. Рагозін М. Вчимося демократії Уроки громадянської освіти. Видавництво «Донбас». URL: http://iem.donntu.edu.ua/doc/soz/ragozin_uchim_demokr/part51.htm

74. Огородник О.Г. Механізм забезпечення прав і свобод людини та принцип законності в Україні. Право України. 2008. №6. С. 15. URL: <http://lawreview.chnu.edu.ua/visnuku/st/682/6.pdf>

75. Галуцько В.В. Адміністративне право України: [навчальний посібник] : [у 2-х томах] / [В.В. Галуцько, В.І. Олефір, М.П. Пихтін та ін.]; за заг. ред. В.В. Галуцька. Херсон: ПАТ «Херсонська міська друкарня», 2011. Т. 1: Загальне адміністративне право. 320 с.

76. Бурда Степан Ярославович Адміністративно-правовий захист учасників виборів і референдумів в Україні. Львівський державний університет внутрішніх справ. 12.00.07– адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук. Львів – 2010. 223 с. <http://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/306/1/dus%20byrda.pdf>

77. Словник іншомовних слів. URL: <https://www.jnsm.com.ua/cgi-bin/u/book/sis.pl?Qry=%C0%E4%EC%B3%ED%B3>F1>F2>F0>E0>F2%E8%E2%ED%E8%E9>

78. Ващенко С. Провадження по виконанню постанов про накладення адміністративних стягнень: навч. посібник. Запоріжжя, 2000. 72 с.

79. Ткач Г. Адміністративно-правовий захист: окремі питання прав, свобод та законних інтересів громадян. Вісник Львівського університету. Серія юридична. 2001. Випуск 36. С. 240–245.

80. Шевчук С. Порівняльне прецедентне право з прав людини. К.: Реферат, 2002. 344 с.

81. Кравчук М. Теорія держави і права (опорні конспекти): навч. посібник. Київ: «Атіка», 2003. 288 с.

82. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. Київ: «Юрінком Інтер», 2007. 720 с.

83. Гончарук С. Адміністративне право України. Загальна та Особлива частини: навч. посібник. Київ: «Аванпост-прим», 2000. 240 с.

84. Красногор О. В. Поняття та зміст механізму адміністративно-правового захисту прав і законних інтересів нотаріусів в Україні. Прикарпатський юридичний вісник. 2015. Випуск 3 (9). Т. 3. С.216-220. URL: http://pjuv.nuoua.od.ua/v3-3_2015/48.pdf

85. Осипенко Н.А. Удосконалення форм і методів адміністративно-правового захисту фізичних осіб. URL: <http://intkonf.org/osipenko-na-udoskonalennya-form-i-metodiv-administrativnopravovogo-zahistu-fizichnih-osib/>.

86. Мельник О. М. Правове регулювання та шляхи підвищення його ефективності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.01. К., 2004. 20 с.

87. Теорія держави і права : навч. посіб. / [А. М. Колодій, В. В. Копейчиков, С. Л. Лисенков та ін.]. К. : Юрінком Інтер, 2002. 368 с.

88. Алексеев С. С. Теория права : учебник. М. : БЕК, 1993. 224 с.

89. Аитов В. С. Правоприменение и его суть. Государство и право. 1995. № 5. С. 47–54.

90. Сокуренок, В. В. Поняття адміністративно-правового регулювання у сфері оборони. Visegrad journal on human rights. 2014. № 2. P. 177-182.

91. Лищук В. В. Основы права / Московская финансово-промышленная академия / Лищук В. В., Рузакова О. А., Рукавишников С. М. М., 2004. 370 с.

92. Решетов Ю. С. Нормативное и индивидуальное правовое регулирование. Вестник Пермского университета. 2013. Вып. 2 (20). URL: <http://www.jurvestnik.psu.ru/index.php/ru/vypusk-2202013/23-2010-12-01-13-31-58/-2-20-2013/407-reshetov-normativnoe-i-individualnoe-pravovoe-regulirovanie>.

93. Зайчук О. В. Теорія держави і права: Академічний курс : підручник / О. В. Зайчук, Н. М. Оніщенко. К. : Юрінком Інтер, 2006. URL: http://www.ebk.net.ua/Book/law/zaychuk_tdp/part2/409.htm.

94. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : підруч. / Скакун О. Ф. ; пер. з рос. Х. : Консул, 2006. 656 с.

95. Черданцев А. Ф. Теория государства и права : [учеб. для вузов]. М. : Юрайт. М., 2002. 432 с.

96. Пасинчук К.М. Правове регулювання забезпечення безпеки в умовах надзвичайних ситуацій соціального характеру. URL: <https://goal-int.org/pravove-regulyuvannya-zabezpechennya-bezpeki-v-umovax-nadzvichajnix-situacij-socialnogo-harakteru/>

97. Сокурєнко В.В. Публічне адміністрування сферою оборони в Україні: дис. на здоб. наук. ступ. докт. юрид. наук зі спец. 12.00.07 «адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». ХНУВС, 2016. 573 с.

98. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : [підруч.] / пер. з рос. Х. : Консум, 2001. 656 с.

99. Декларація прав людини від 10.12.1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

100. Європейська соціальна хартія, 1961 р., переглянута 1996 р. РЄ. URL: www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/.

101. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 04.04.1997 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text

102. Академічний тлумачний словник (1970—1980). URL: <http://sum.in.ua/s/obslughovuvaty>

103. Соціальний патронаж і дільнична соціальна служба. URL: https://stud.com.ua/48076/sotsiologiya/sotsialniy_patronazh_dilnichna_sotsialna_sluzhba

104. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>

105. Про Стратегію сталого розвитку "Україна - 2020": затв. Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>

106. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: затв. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

107. Деякі питання створення госпітальних округів: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>

108. Стовбан М. П., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Госпітальні округи: сучасна проблематика діяльності. Український журнал медицини, біології та спорту, 2020. Т. 5. № 5 (27). С.229-235. URL: <https://jmbs.com.ua/pdf/5/5/jmbs0-2020-5-5-229.pdf>

109. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: затв. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

110. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#n12>

111. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>

112. Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 136. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/136-2019-%D0%BF#Text>

113. Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19): затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я від 28.03.2020 № 722. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0722282-20#n196>

114. Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 22 квітня 2020 р. № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2020-%D0%BF#Text>

115. Неугодніков А. Публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я. Юридичний вісник, 2019. №3. С.63-69. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/908124.pdf>

116. Самофалов Д. О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. Державне управління та місцеве самоврядування, 2020. Вип. 1 (44). С.92-99. URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01\(44\)/14.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01(44)/14.pdf)

117. Форум СЛОВНИКa.ua URL: <http://forum.slovnuk.ua/lofiversion/index.php?t1972.html>

-
118. Колпаков В. К. Про публічні адміністрації. Право України. 2003. № 5. С. 28–31.
119. Сербин Р. А. До питання про взаємодію публічної адміністрації та суб'єктів благодійництва / Р. А. Сербин // Lex Portus : юрид. наук. журн. / редкол. : С. В. Ківалов (голов. ред. ради), Б. А. Кормич (голов. ред.), І. В. Сафін (заст. голов. ред.), Т. В. Аверочкіна (наук. ред., відп. секр.) [та ін.] ; НУ "ОЮА", ГО "МА Святий Миколай". Херсон : ФОП Грінь Д. С., 2017. № 1. С. 87-96.
120. Адміністративне право України (у визначеннях та схемах) : [навч. посіб.]. К. : Атіка, 2008. 272 с.
121. Коліушко І. Реформа публічної адміністрації на місцевому та регіональному рівні як один із напрямків адміністративної реформи. URL: www.municipal.gov.ua/data/loads/2005_zbirn_problemtrans_statta_koliyshko_timoshuk.doc.
122. Чернов С. І. Текст лекцій з дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів всіх форм навчання за спеціальністю 7.03060101, 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування (за видами економічної діяльності)» / С. Чернов, С. Гайдученко. Х. : ХНУМГ, 2014. 97 с.
123. Міхровська М. С. Державне управління та публічна адміністрація : шлях до демократії. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2011. № 88. С. 90–93.
124. Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання: Постанова Верховної Ради України від 29 серпня 2019 року № 19-ІХ. Відомості Верховної Ради, 2019. № 35. Ст.147.
125. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII. Відомості Верховної Ради, 2014. № 13. Ст.222.

126. Положення про міністерство охорони здоров'я України: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

127. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. № 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-%D0%BF#Text>

128. Фальшиві ліки в Україні: як відрізнити і що підробляють найчастіше? URL: <https://www.dw.com/uk>

129. Про утворення Національної служби здоров'я України: затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

130. Про Рахункову палату: Закон України від 2 липня 2015 року № 576-VIII. Відомості Верховної Ради України, 2015. № 36. Ст.360.

131. Про розгляд Звіту про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу: Рішення Рахункової палати України від 25 травня 2021 року № 11-3. URL: http://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/11-3_2021/R_RP_11-3_2021.pdf

132. Звіт Рахункової палати України «Протидія туберкульозу в Україні неефективна, що не сприяє подоланню епідемії». URL: <http://rp.gov.ua/News/?id=938>

133. Звіт про результати аудиту ефективності виконання заходів з протидії захворюванню на туберкульоз: затв. Рішенням Рахункової палати від 18.08.2020 № 22-2. https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2020/22-2_2020/Zvit_22-2_2020.pdf

134. Чотири установи НАМН не перейшли з кошторисного утримання на оплату послуг третинної медичної допомоги за час дії пілотного проекту. URL: <http://rp.gov.ua/News/?id=740>

135. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9 квітня 1999 року № 586-XIV. Відомості Верховної Ради України, 1999. № 20-21. Ст.190.

136. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР. Відомості Верховної Ради України, 1997. № 24. Ст.170.

137. Ушаков Е. В. Биоэтика : учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2016. 306 с. URL: https://studme.org/97792/etika_i_estetika/prava_patsienta

138. Крестьянинова О. Зарубежный и российский опыт развития медицинского страхования. Управленческое консультирование. 2003. № 2. С. 71-75.

139. Sybblis S. Mediation in the health care system: Creative problem solving. Pepperdine Dispute Resolution Law Journal. 2006. Vol. 6. Iss. 3. С. 493-517.

140. David H. S., Sonny B. Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. Clin Orthop Relat Res. 2012.- Vol. 470(5). DOI: 10.1007/s11999-011-2206-2.

141. Токарева К.С. Медіація у спорах щодо охорони здоров'я. Наше право № 4, 2020. С.39-46. URL: http://nashe-pravo.unesco-socio.in.ua/wp-content/uploads/2021/01/39-_Tokaryeva.pdf

142. Bringing a complaint to the Health Service Ombudsman. URL: <http://www.ombudsman.org.uk>

143. Bringing wider public benefit from individual complaints. Annual Report 2007-2008. The Parliamentary and Health Service Ombudsman. URL: http://www.ombudsman.org.uk/_data/assets/pdf_file/0002/1010/Annual-Report-2007-08.pdf

144. Bringing a complaint to the Parliamentary Ombudsman. URL: <http://www.ombudsman.org.uk>

145. The National Patient Safety Agency. Available at URL: <http://www.npsa.nhs.uk>

146. Цыганова О. А., Светличная Т. Г. Формирование систем защиты прав пациентов в зарубежных странах. Экология человека, 2013. С. 39-45. <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-sistem-zaschity-prav-patsientov-v-zarubezhnyh-stranah/viewer>

147. The Independent Complaints Advocacy Service (ICAS). URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Legalandcontractual/Complaintspolicy/NHScomplaintsprocedure/DH_4087428

148. Care Quality Commission. URL: <http://www.cqc.org.uk>

149. American Medical Association. URL: <http://www.ama-assn.org/>

150. Влияние граждан и их организаций на систему здравоохранения: международный опыт / Глуховский В. В., Гук А. П., Слабкой Г. А., Фролов Ю. А., Цолова С. Киев : Дизайн и полиграфия, 2006. 100 с.

151. Авраменко В. І., Качмар В. О. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій. Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2011. Т. 9, № 2. С. 124 – 133. URL : <https://ehealth.gov.ua>

152. Coiera E. Communication systems in healthcare. *Clinical Biochemist Reviews*, 27(2). P. 89–98.

153. Digital Health Innovation Action Plan. FDA Center for Devices and Radiological Health. Retrieved from. URL: <https://www.fda.gov/media/106331/download>.

154. Немецкие врачи несут ответственность за лечение пациентов. URL: <https://www.dw.com/ru>

155. Паращич І. М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку: дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук зі спеціальності 25.00.02 «механізми державного управління». К.: Національна академія державного управління при президентові України. 2009. 220 с.

156. LOI n 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=mex0100092l#>

157. Городской А. А., Воропаев А. В. О необходимости страхования гражданской ответственности лечебнопрофилактических учреждений при предоставлении возмездных медицинских услуг. Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Ю. Д. Сергеева, С. В. Ерофеева. Иваново Владимир : НАМП, 2008. С. 213–217.

158. Office national d'indemnisation des accidents medicaux. URL: <http://www.oniam.fr/infos-et-documents/lois-et-reglements/l-oniam>

159. La Commission nationale des accidents medicaux. URL: <http://www.sante.gouv.fr/indemnisation-des-accidents-medicauxdes-affections-iatrogenes-et-des-infections-nosocomiales.html>

160. Les commissions regionales de conciliation et d'indemnisation des accidents medicaux, des affections iatrogenes et des infections nosocomiales. URL: <http://www.commissionscsci.fr/commissions>.

161. История и текущая практика защиты прав пациентов в ведущих странах мира: аналитический обзор зарубежного опыта защиты прав пациентов. Фонд содействия развитию науки, образования и медицины. М., 2009. 80 с.

162. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualite de la Prise en Charge. URL: <http://www.aphp.fr/site/droits/cruqpc.htm>

163. Les conseils regionaux de santé. URL: [http://www.parhtage.sante.fr/re7/site.nsf/\(webpub\)/CRS](http://www.parhtage.sante.fr/re7/site.nsf/(webpub)/CRS).

164. Patient's Rights Act: URL: <http://waml.haifa.ac.il/index/refernce/legislation/israel/israel1.htm> (

165 Act on the Status and Rights of Patients. Issued in Helsinki on 17th August 1992. URL: <http://www.thewaml.com/97918/Finland5>.

166. Паращич І.М. Права пацієнтів: проблеми та їх вирішення (досвід країн Європейського союзу). Економіка та держава. 2009. № 5. С. 78-80.

167. Пономаренко В.М. Права пацієнтів (реалії та проблеми). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2006. № 3. С. 118-121.

168. Омбудсмен по правам пациента. URL: <https://www.vz.kiev.ua/ru/ombudsmen-z-prav-paciyenta/>

169. Vårdgarantiläget i Sverige". *Vantetider*. Sveriges Kommuner och Landsting. Retrieved 28 January 2016.

170. Rättigheter och skyldigheter i mötet med vården. URL: <https://www.informationsverige.se/ru/omsverige/att-varda-sin-halsa-i-sverige/rattigheter-och-skyldigheter-i-motet-med-varden/>

171. Bennekom-Stompedissel I. Patient organizations and prevention in the Netherlands. *The European Journal of Public Health*. 2007. Vol. 17 (6). P. 545.

172. Нидерланды. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/155554/E93667sumR.pdf

173. Системы здравоохранения в Нидерландах: время перемен. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/155554/E93667sumR.pdf

174. Омбудсмен по правам пациента. URL: <https://www.vz.kiev.ua/ru/ombudsmen-z-prav-paciyenta/>

175. Влияние граждан и их организаций на систему здравоохранения: международный опыт / Глуховский В. В., Гук А. П., Слабкой Г. А., Фролов Ю. А., Цолова С. Киев : Дизайн и полиграфия, 2006. 100 с.

-
176. Sybblis S. Mediation in the health care system: Creative problem solving. *Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*. 2006. Vol. 6. Iss. 3. С. 493-517.
177. Гузеев А. И. Принципы медиации. *Актуальные проблемы современного права и государства*. 2015. С. 148-150.
178. Госпітальні округи та госпітальні ради: повноваження та роль громад. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14438>
179. Чому бракує сімейних лікарів і як їх шукати, якщо ваш звільнився. URL: <https://texty.org.ua/fragments/105117/chomu-brakuye-simejnyh-likariv-i-yak-yih-shukaty-yaksho-vash-zvilnyvsya/>
180. Atkinson, N., Saperstein, S., & Pleis, J. (2009). Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of medical Internet research*, 11(1), e.5.
181. Fiordelli, M., Diviani, N., & Schulz, P. J. (2013). Mapping mHealth research: a decade of evolution. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e. 95.
182. Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7). P. 66–71.
183. Kumar, S., Nilsen, W. J., Abernethy, A., Atienza, A., Patrick, K., Pavel, M., ... & Hedeker, D. (2013). Mobile health technology evaluation: the mHealth evidence workshop. *American journal of preventive medicine*, 45(2). P. 228–236.
184. Про захист персональних даних: Закон України 1 червня 2010 року № 2297-VI. *Відомості Верховної Ради України*, 2010. № 34. Ст. 481.
185. Радучький М. Право на помилку: як захистити і лікаря, і пацієнта. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2020/11/2/242856/>

ДОДАТКИ

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ:

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Білий Д.О. Особливості адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Право і суспільство*. №5. 2021. С.142-147. URL: http://pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2021/5_2021/21.pdf

2. Білий Д.О. Генезис розвитку адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Київський часопис права*. 2021. №4. С. 165-171. URL: <http://kyivchasprava.kneu.in.ua/index.php/kyivchasprava/article/view/96>

3. Білий Д.О. Поняття та елементи механізму адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Euris Europensis Scientia*. 2022. №1. С.62-66. URL: http://jes.nuoua.od.ua/archive/1_2022/13.pdf

4. Білий Д.О. Актуальні проблеми нормативно – правового регулювання прав пацієнтів медичної сфери. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. №2. С. 80-83. URL: http://www.lsej.org.ua/2_2022/18.pdf

5. Білий Д.О. Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери. *Науковий вісник УжНУ. Серія "Право"*. 2022. № 69(1). С. 218-223. URL: <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/254760>

Стаття у Web of Science:

6. Maryna Markaryan, Dmytro Bilyi, Serghii Yuldashev (2021). Legal peculiarities of "digitalization" of the economy in the context of the development of the information society in Ukraine. *Baltic Journal of Economic Studies*, 7(5), 123-129. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2021-7-5-123-129>
<http://www.baltijapublishing.lv/index.php/issue/article/view/1564>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Білий Д.О. Теоретико-правові підходи визначення поняття адміністративно-правового захисту прав пацієнтів. *Сучасні тенденції в*

юримичній науці України та зарубіжних країн: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 24–25 вересня 2021 року). ГО: Істина, 2021. С. 41-45.

8. Білий Д.О. Теоретико-правові підходи щодо розуміння поняття «пацієнт» в адміністративному праві. *Політико-правова реформа в Україні: теорія, методологія, праксеологія*: науково-практична конференція (м. Київ, 15 жовтня 2021 року). К. : ВД «Кафедра». С. 96-100.

9. Білий Д.О. Поняття нормативно – правового регулюванням прав пацієнтів медичної сфери. *Роль права та закону в громадянському суспільстві*: міжнародна науково-практична конференція (м. Харків, 18-19 лютого 2022 року). Харків : Східноукраїнська наукова юридична організація, 2022. С. 50-53.

10. Білий Д.О. Недоліки законодавчих актів щодо захисту прав пацієнтів. *Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні*: міжнародна науково-практична конференція (м. Запоріжжя, 25–26 лютого 2022 року). ГО: Істина, 2022. С.30-34.

11. Білий Д.О. Міжнародний досвід адміністративно – правового захисту прав пацієнтів. *Право та суспільство в реаліях карантинного періоду*: всеукраїнська науково-практична конференція (м. Київ, 24 лютого 2022 року). К. : ДУІТ. 2022. С. 222-224.