

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студентки Волнянської Наталії Альбертівни

академічної групи 281м-21з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Публічне управління у сфері охорони здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Баштанник В.В.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка: 98 с., 2 рис., 1 табл., 1 додаток, 65 використаних джерел.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ПРАВО НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я, СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління у сфері охорони здоров'я.

Мета магістерської роботи полягає в тому, щоб на підставі національного законодавства та практики його впровадження сформулювати сутність, зміст і особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я.

У першому розділі досліджується поняття, зміст та особливості становлення системи охорони здоров'я, конституційного права людини і громадянина на охорону здоров'я,

Другий розділ присвячений механізмам публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Третій розділ присвячено шляхам удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я у контексті зарубіжного досвіду.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає тому, що у роботі сформульовано основні ознаки публічного управління у сфері охорони здоров'я, подано класифікацію суб'єктів цього управління відповідно до їхніх повноважень на: а) суб'єкти із загально-публічними повноваженнями; суб'єкти із консультативно-дорадчими повноваженнями; суб'єкти із спеціалізовано-публічними повноваженнями.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади та органами місцевого самоврядування під час реалізації завдань трансформації національної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

ABSTRACT

Explanatory note: 98 pages, 2 figures, 1 tables, 65 sources.

MEDICAL SERVICES, HEALTH CARE, PUBLIC ADMINISTRATION,
RIGHT TO HEALTH CARE, PUBLIC HEALTH SYSTEM.

Object of research – public relations in the field of health care.

Subject of research – public administration in the field of health care.

The purpose of the qualification thesis is to formulate the essence, content and features of public administration in the field of health care based on national legislation and the practice of its implementation.

The first chapter examines the concept, content and features of the formation of the health care system, the constitutional right of a person and a citizen to health care,

The second chapter is devoted to the mechanisms of public management in the field of health care.

The third section is devoted to ways of improving public management in the field of health care in the context of foreign experience.

Practical value of the results consists that the work formulates the main features of public administration in the field of health care, presents the classification of subjects of this administration according to their powers into: a) subjects with general public powers; entities with consultative and advisory powers; entities with specialized public powers.

The recommendations and suggestions provided in the work can be applied by state authorities and local self-government bodies during the implementation of the tasks of transformation of the national health care system under martial law.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1	
СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	10
1.1. Історичні засади формування права на охорону здоров'я як феномену публічного управління	10
1.2. Публічне управління в сфері охорони здоров'я в контексті конституційних норм прав і свобод громадян України	23
РОЗДІЛ 2	
ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ОСОБЛИВИХ УМОВАХ	37
2.1. Становлення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я	37
2.2. Стан системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни	46
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ	62
3.1 Міжнародно-правові стандарти права на охорону здоров'я	62
3.2. Публічно-правове регулювання управління у сфері охорони здоров'я в європейських країнах та висновки для України	76
ВИСНОВКИ	96
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	99
ДОДАТОК	106

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГО – громадське об'єднання

ЄСПЛ – Європейський Суд з прав людини

ЄС – Європейський Союз

КМУ – Кабінет Міністрів України

НСЗО – Національна служба охорони здоров'я

ПУ СОЗ – публічне управління у сфері охорони здоров'я

РЄ – Рада Європи

ВСТУП

Актуальність теми роботи зумовлена тим, що у сучасних умовах питанням охорони здоров'я, регулювання і реалізації права людини на охорону здоров'я, на нашу думку, приділяється недостатньо уваги з боку вчених-правознавців. Право на охорону здоров'я – це одне з конституційно закріплених, природне, невід'ємне, невідчужуване і непорушне право людини. На сьогодні Україна перебуває на шляху реформування та вдосконалення регулювання, реалізації та захисту права на охорону здоров'я, у тому числі шляхом зміни існуючої нормативно-правової бази. Насамперед, держава має створити умови для ефективного забезпечення і доступності для всіх права на охорону здоров'я, збереження і зміцнення здоров'я нації.

Євроінтеграційні процеси породжують якісне, безпечне та ефективне здійснення охорони здоров'я усього населення України, оскільки здоров'я усієї нації є одним із ключових елементів національної безпеки України. Саме наявні реформи спрямовуються на якісне надання медичних послуг. Сьогодні нагальною проблемою сфери охорони здоров'я населення є досить низька якість та висока ціна медичного обслуговування, від чого в цілому залежить здоров'я усієї української нації та показники тривалості життя українців. Конституція України передбачає право громадян на безкоштовне медичне обслуговування. Проблема публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я населення є гостро актуальною, тому що запровадження та реалізація міжнародних стандартів на основі європейських директив, настанов, інструкцій та інших норм допоможе вивести національну систему охорони здоров'я на відповідний високоякісний та ефективний рівень, надасть доступність та безпеку для споживачів медичних послуг.

Сьогодні здоров'я нації та рівень її захворюваності є загальнообумовленими, оскільки на стан здоров'я населення значною мірою впливають різноманітні фактори, а саме: побутові умови життєдіяльності,

фінансування громадян, генетичні фактори, екологія, умови праці, а також якість, ефективність та доступність медичного обслуговування.

Досить негативним фактором є висока вартість медичного обслуговування населення. Так, в Україні на 1000 населення 480 чоловік не відвідують медичні заклади, а займаються самолікуванням, що негативно впливає на здоров'я нації. Через брак коштів із 1000 вагітних жінок 25 % не стають вчасно на облік у жіночих консультаціях при медичних закладах та не проводять діагностику вагітності, 35 % народжують немовлят у домашніх умовах, що призводить до функціональних порушень в організмі новонароджених. Особи з інвалідністю не забезпечуються необхідними медичними препаратами, які передбачені Урядовою програмою «Доступні ліки».

Нині ще відсутня системність нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, внаслідок чого існують та приймаються акти, норми яких повторюються або суперечать одна одній; відсутнє чітке розмежування суб'єктів публічного адміністрування у цій сфері; ліквідований суб'єкт публічного адміністрування, що забезпечував санітарне та епідеміологічне благополуччя населення тощо. Саме тому публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення необхідно удосконалювати із застосуванням досвіду європейських країн.

Проблематику сфери охорони в цілому та медичного обслуговування населення досліджували у своїх працях такі автори, як: А. Беліченко, В. Борищук, Н. Волк, В. Галуцько, А. Гризодуб, Б. Парновський, В. Пашков, О. Стрельченко, В. Стеценко, С. Стеценко, О. Світличний, В. Семенченко, В. Сятиня, М. Сятиня, Я. Радиш, І. Хожило, Н. Храмцовська, І. Ярмола та інші вітчизняні й зарубіжні науковці.

Недостатній рівень наукового обґрунтування реформування публічного управління у сфері охорони здоров'я, недосконалість механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення та його неефективність зумовили необхідність комплексного вивчення

проблематики публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження полягає в тому, щоб на підставі національного та міжнародного законодавства та практики його впровадження сформулювати сутність, зміст і особливості реформування публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення поставленої мети в роботі були визначені такі завдання:

- дослідити генезис становлення та розвитку сфери охорони здоров'я;
- визначити поняття та правову природу сфери охорони здоров'я;
- сформулювати особливості державної політики у сфері охорони здоров'я;
- розкрити сутність поняття та елементи механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати нормативно-правове забезпечення публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати міжнародний досвід щодо публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес реформування державного управління.

Предметом дослідження є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Методологічною основою дослідження є сукупність загальних та спеціальних методів наукового пізнання. Серед них необхідно виокремити загальнонауковий діалектичний метод, завдяки якому питання та проблеми розглядаються та вирішуються в роботі в єдності соціального змісту та юридичної форми публічного управління у сфері охорони здоров'я. Історико-правовий метод застосовувався при аналізі нормативно-правових засад публічного управління у сфері охорони здоров'я, метод систематизації – при формулюванні основних ознак та властивостей, організаційних засад управління; *структурно-функціональний* – для дослідження особливостей

діяльності і статусу публічних органів управління у сфері охорони здоров'я населення.

Новизна одержаних результатів роботи полягає в комплексному науковому дослідженні засад формування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я, розробленні практичних рекомендацій щодо їх удосконалення, що у сукупності вирішують важливі завдання управління у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано, що публічне управління у сфері охорони здоров'я є законодавчо врегульованою, цілеспрямованою та організаторською діяльністю ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних та фармацевтичних працівників, спрямованою на надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження генофонду українського народу та соціального здоров'я.

Основні теоретичні положення, висновки та рекомендації роботи мають практичне спрямування та можуть бути реалізовані в процесі реформування публічного управління, ствердження європейських стандартів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, забезпечують адекватну реакцію системи публічного управління на зовнішні та внутрішні виклики і загрози.

РОЗДІЛ 1

СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Історичні засади формування права на охорону здоров'я як феномену публічного управління

Охорона здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя і гідного існування людини, його забезпечення розглядається як важливе завдання державного і суспільного значення. Усі держави несуть відповідальність за здоров'я своїх громадян, тому повинні створювати умови для його збереження і поліпшення. Серед природних, невід'ємних, невідчужуваних і непорушних прав людини одним із визначальних є право на охорону здоров'я. Дане право гарантує кожній людині як члену суспільства невтручання держави у сферу її особистого і сімейного життя, захист її життя та здоров'я, особисту недоторканність й безпеку тощо.

Розвиток медичної діяльності та медичних знань відбувався у нерозривному взаємозв'язку із розвитком та зміною суспільно- економічних відносин та, відповідно, із загальною історією усіх народів світу. Ця історія розвитку сфери медичного обслуговування населення демонструє, як у процесі трудової діяльності людей виникали, розвивалися та удосконалювалися практичні навички щодо медичного обслуговування населення в частині профілактики, визнання та лікування різноманітних хвороб, а також збереження здоров'я населення через усвідомлення сутності та причин виникнення захворювань.

Тим самим право людини на охорону здоров'я як видається, забезпечує особисту свободу, незалежність і самостійність особи гарантує життя і захист від будь-яких форм насильства, жорстокого й такого, що принижує людську гідність ставлення. Це право сприяє особистій свободі, тобто можливості безперешкодного вибору різноманітних варіантів поведінки у межах

соціальних відносин, що є однією з умов активної життєдіяльності людини.

Як відомо, існують численні національні нормативно-правові акти та міжнародні угоди, які захищають права людини, визначають право на охорону здоров'я одним із невід'ємних соціально-економічних прав людини і громадянина. Як зазначає І. Сенюта, аналіз наукових публікацій, нормативно-правових актів законодавства національних правових систем охорони здоров'я, міжнародних угод та інших документів, які стосуються становлення і розвитку права на здоров'я, свідчить, що в усі періоди існування людства здійснювалися спроби зробити суспільство відповідальним за стан охорони здоров'я. Процес пошуку і узгодження взаємин індивідуума та влади, як відомо, відбувався і складався століттями. У міру прогресу та розвитку людства шляхом волі і демократії усе більш чітко проявлялися обґрунтовані риси обмеження можливостей держави щодо захисту особистості від довільних або неправових, недемократичних дій влади і чиновників. Хоча в офіційних документах до XIX століття рідко згадувався термін «право на здоров'я», проте існували прояви відповідальності держав за здоров'я громадян. Суспільствами усвідомлювалося, що головним чинником поліпшення здоров'я населення є санітарія і, відповідно, вживалися заходи щодо підтримки на належному рівні гігієни населених пунктів. Водопровідні і каналізаційні споруди древнього Єгипту, Індії, адміністративні органи, які займалися попередженням хвороб і наглядом за санітарним станом у середньовічній Європі, є свідченням турботи держав про здоров'я населення [1, с.3].

Аналіз досвіду України на різних історичних етапах варто розпочати з часів Київської Русі, бо саме тоді з'явилися перші джерела медичного законодавства, які відносилися, зокрема, до кримінальної сфери, тобто існувала відповідальність за скоєний злочин у медичній сфері. Перші такі закони були створені за часів князя Ярослава Мудрого в XI столітті. Згідно закону, за шкоду, заподіяну лікуванням, лікар ніс відповідальність як за навмисний злочин. Згодом з'явилися закони з охорони громадського здоров'я

у ХУІІ столітті і було створено відповідний орган – медичну поліцію.

Згодом у ХУІІІ столітті почали набирати важливості питання у сфері охорони здоров'я та права на охорону здоров'я. Саме тоді досліджуване право закріплюється на суспільно-державному рівні. А з кінця цього століття право на охорону здоров'я починає розглядатися як окреме суб'єктивне право. Заходи щодо реалізації політики та охорони у сфері охорони здоров'я здійснювалися медичною поліцією. Власне у цей час був створений Кодекс здоров'я, який охоплював проблеми щодо підтримки та охорони належного рівня здоров'я громадян. Видатний діяч руху медичної поліції Франк Й. стверджував, що головною причиною хвороб є бідність, а поліпшення здоров'я населення можливе лише за умови підняття життєвого рівня. На основі цих тверджень Антоном Маї було складено згаданий Кодекс здоров'я. Усе частіше обґрунтовувалася необхідність міжнародного контролю за регулюванням здоров'я та обміну інформацією з цих питань [2, с. 4].

Європейська промислова революція ХІХ століття мала великий вплив на розвиток системи охорони здоров'я. В Англії була створена спеціальна комісія, відповідальна за підготовку звіту про стан здоров'я населення. У 1842 р. цей звіт став поштовхом для розробки і прийняття у 1848 р. закону «Про громадську охорону здоров'я». У цьому акті зазначалося створення системи департаментів охорони здоров'я, які б наглядали за громадським здоров'ям. Згодом 1851 р. у Парижі році було підготовлено і проведено міжнародну конференцію із санітарії [2, с. 4].

Після цього розпочалася активна діяльність зі створення спеціальних організацій у даній сфері. Так, у 1907 р. було засновано міжнародне відомство з питань охорони здоров'я – Міжнародну організацію громадської гігієни, а в 1919 р. – Міжнародну організацію праці, одне із завдань якої полягає у забезпеченні питань здоров'я у виробничій сфері.

Наступним важливим етапом на шляху визнання права на охорону здоров'я як одного із соціальних прав людини можна вважати Міжнародну Конференцію, що проходила під егідою Організації Об'єднаних Націй у Сан-

Франциско (США, 1945 р.). А утворення Всесвітньої організації охорони здоров'я стало знаменною головною подією на шляху створення ефективної правового та нормативного поля з питань охорони здоров'я [3, с. 5].

Згодом розпочалася робота над створенням Міжнародного білля про права, започаткована Комісією ООН з прав людини ще у 1946 р. Передбачалось формування його з трьох частин, зокрема з декларації, пакта і переліку заходів щодо його виконання. У результаті цієї діяльності було прийнято Загальну декларацію прав людини 1948 р., дещо пізніше Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р., Міжнародний пакт про громадянські і політичні права 1966 р. Важливим етапом на шляху утвердження права на охорону здоров'я стало введення в дію у 1976 р. останніх двох міжнародно-правових актів [3, с. 5].

З-поміж інших важливих документів слід згадати Конвенцію про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок 1979 р., Конвенцію про права дитини 1989 р., Міжнародну конвенцію про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1965 р. тощо [3, с. 5]. На нашу думку, право на охорону здоров'я є важливим суб'єктивним правом людини, яке закріплено у міжнародно-правових актах універсального рівня. На разі існують загальні положення, своєрідні міжнародно-правові стандарти, які гарантують право на здоров'я кожному. Вони у подальшому імплементуються на внутрішньодержавних рівнях, отримують відповідну деталізацію у прийнятих спеціальних законах окремими державами. Як бачимо, фактично питання охорони здоров'я не залишається поза увагою практично жодної держави.

Говорячи про історію становлення права на охорону здоров'я на українських землях, не можна не згадати, що в XIX столітті це питання регулювалося загалом законами Російської імперії. Найбільшим здобутком цього століття є запровадження земської медицини після скасування кріпацтва в Російській імперії й створення місцевих органів самоврядування.

Правове забезпечення охорони здоров'я у радянський період

представлене низкою нормативно-правових актів, серед яких Декрети про безоплатну передачу лікарняним касама усіх лікувальних закладів на підприємствах 1917 р., про допомогу потерпілим від нещасних випадків на підприємствах 1917 р., про страхування робітників на випадок хвороби 1918 р., про професійну роботу і права медичних працівників 1924 р., Постанова про порядок проведення медичних операцій 1937 р., Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я 1969 р. тощо [4, с. 438].

Закону (кодексу) про охорону здоров'я не існувало в УРСР аж до 15 липня 1971 року, коли після прийняття 19 грудня 1969 року союзних Основ законодавства про охорону здоров'я було ухвалено закон УРСР «Про охорону здоров'я» [140]. Проте, як справедливо зазначає З. Гладун, цей закон суттєво не змінив стан правового регулювання галузі, оскільки був «декларативним» і практично не застосовувався [30, с. 29].

Розпад у 1991 році Радянського союзу призвів до створення незалежними державами Співдружності Незалежних Держав. І серед низки документів цієї організації стосовно захисту прав людини, можна назвати Хартію соціальних прав і гарантій громадян незалежних держав. Тут у ст.ст. 15, 16, 33 та інших згадується про здоров'я, ризики і шкоду для здоров'я, гарантується право громадян на безоплатну медичну допомогу тощо [5]. У незалежній Україні з 1991 р. розпочався період формування якісно нової нормативно-правової бази молодій державі. Це стосувалось включно інституту захисту прав людини і громадянина, засад охорони здоров'я у нових соціально- економічних умовах тощо.

Отже варто погодитися, що взаємовідносин людини і суспільства, держави в усі часи не оминало сфери охорони здоров'я. Саме всебічний аналіз історичного розвитку права на охорону здоров'я дозволить дослідити тенденції його становлення в Україні, інших державах та у міжнародному співтоваристві. До того ж, на нашу думку, лише демократична правова соціальна держава належним чином здатна гарантувати права і свободи

людини і громадянина, забезпечити їх реалізацію, охорону і захист у повсякденному житті. Тому важливо при аналізі тенденцій становлення права на охорону здоров'я, інших прав і свобод людини і громадянина зважати на процеси реформування, демократизації у даній сфері, враховувати досвід здійсненні аналогічних реформ в інших державах тощо.

Визначення поняття здоров'я є фундаментальною проблемою сучасної науки. Оскільки це поняття має багато аспектів і обумовлене багатьма чинниками, то вимагає для свого розв'язання комплексного підходу. Загальновизначеного поняття «здоров'я» поки що не існує. Але у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначено, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя [6].

Вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою між організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів [7, с. 457]. Отже, основною ознакою здоров'я є можливість організму пристосовуватися до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Саме тому, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму активно та повноцінно пристосовуватись до змін навколишнього середовища.

Деякі вчені розглядають здоров'я як форму життєдіяльності організму, яка забезпечує йому необхідну якість життя і максимально можливу за даних умов його тривалість. Можна також стверджувати, що здоров'я – це певний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також репродуктивну функцію. Погоджуємось з тими деякими вченими, які зазначають, що стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а, отже, стан здоров'я може покращуватись або погіршуватись. Кожна людина являє собою відкриту динамічну систему, тому існує широкий діапазон поняття «здоров'я» — від абсолютного здоров'я до граничних із

хворобою станів.

Варто підсумувати, що всі наведені вище поняття «здоров'я» є неповними. Доцільно сказати, що здоров'я, на нашу думку, є динамічний стан організму, завдяки якому підтримується процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості активного життя. Саме термін «право на здоров'я» дуже часто згадується у міжнародно-правових актах. Уперше воно знайшло відображення у Статуті ВООЗ, поряд з зазначеним вище поняттям здоров'я. Згодом право на охорону здоров'я знайшло своє закріплення в інших міжнародно-правових документах універсального і регіонального характеру.

Оскільки зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя і гідного існування людини, охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання. Усі країни є відповідальними за здоров'я своїх громадян. І хоча вони не можуть гарантувати усім належний рівень здоров'я, проте повинні створити певні передумови для його збереження і поліпшення, гарантуючи право на захист від певних загроз для здоров'я, право не зазнавати ризику несприятливих чинників навколишнього середовища, доступність медичної допомоги, забезпечення чистою питною водою тощо.

На міжнародному рівні досить широке поширення одержав термін «право на здоров'я», що, на думку автора, найбільше відповідає змісту поняття. Термін «право на здоров'я» повніше розкриває суть міжнародних угод з прав людини і допомагає усвідомити, що містить у собі не лише право на охорону здоров'я, але й право на ряд умов, у тому числі і соціально економічних, без яких здоров'я є неможливим. Разом з тим, в останні десятиліття в міжнародно-правових актах та національному законодавстві частіше застосовується поняття «право на охорону здоров'я». Це, насамперед, відноситься до таких важливих документів як Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, Конвенція про

ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок, Конвенція про права дитини, Європейська соціальна хартія, Хартія основних прав Європейського Союзу та інші, а також національних конституцій держав, які прийнято у 80-90 роки минулого століття.

Іноді поняття «право на охорону здоров'я» вважають тотожним поняттю «право на здоров'я». У зв'язку з викладеним, поняття «право на здоров'я» і «право на охорону здоров'я» мають аналогічний сенс, є синонімами і не несуть у собі ніяких протиріч. Тому ці терміни можуть використовуватися як рівноцінні

Р. Стефанчук вважає, що право на здоров'я – це суб'єктивне право фізичних осіб, яке виникає щодо здоров'я як нематеріального блага та забезпечує володіння, користування, розпорядження цим благом, а також його правову охорону. Право на здоров'я можна визначити як особисте немайнове право людини (фізичної особи), сукупність різного роду правомочностей, пов'язаних із регулюванням відносин зі здійснення споживання блага здоров'я – самостійно або за допомогою інших осіб у сфері приватного життя, що продовжується упродовж всього життя. Такі підходи до визначення є цивілістичними, вони розкривають галузеві особливості національного законодавчого регулювання досліджуваного права.

Враховуючи вищезазначене можна зробити висновок, що право людини на здоров'я є одним з головних невід'ємних прав, яким вона наділена від народження і до своєї біологічної смерті. Саме це право посідає центральне місце у системі суб'єктивних прав людини та громадянина. Право на охорону здоров'я публічно з'явилося раніше, ніж індивідуальне право на охорону здоров'я людини. Наразі усі прийняті норми з охорони навколишнього середовища, викидів та відходів, розвитку фізичної культури і спорту ставлять за мету забезпечення здоров'я людини і нації. Усі ці заходи сприяють розвитку громадського здоров'я, котре не можна розглядати всупереч індивідуальних прав, як, наприклад, права на життя, захист,

недоторканність і свободу від примусових або обов'язкових заходів з боку влади та ін.

Для розкриття змісту права людини на охорону здоров'я, вважаємо за доцільне дати визначення поняття охорони здоров'я та розмежувати терміни «захист» і «охорона», що мають різне смислове навантаження у загальній теорії прав людини. Звичайно, поняття «охорона» і «захист» у багатьох аспектах співпадають. Але тим не менше є багато серйозних підстав, щоб зазначені поняття розділяти. Незважаючи на етимологічну близькість, юридична теорія розрізняє поняття охорони і захисту прав людини. Під охороною слід розуміти заходи, що здійснюються державними органами та громадськими організаціями до порушення прав людини, а також сприяють їх нормальній реалізації. Захист передбачає прийняття заходів конкретним органом, самою уповноваженою особою у випадку порушення права до його поновлення. Застосування термінів «захист» і «охорона» у контексті прав, свобод громадян і законних інтересів держави в однаковому значенні пояснюється тим, що законодавець їх використовує для позначення діяльності, яка полягає у забезпеченні дотримання прав і свобод людини та громадянина, а також інтересів держави, що охороняються законом [9, с. 4].

З 1991 року розпочався період створення нормативно-правових основ публічного управління у сфері охорони здоров'я (ПУОЗ). Уже в 1992 році були прийняті Основи законодавства України про охорону здоров'я, в яких було закладено основні засади функціонування сфери медичного обслуговування населення. У Конституції України проголошено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. З метою забезпечення сфери медичного обслуговування населення у 1993 році створено Академію медичних наук України.

Трансформації у соціально-економічній сфері супроводжувалися погіршенням фінансування сфери медичного обслуговування населення та інших соціальних програм. Сфера медичного обслуговування населення України перестала відповідати основним сучасним вимогам – забезпечувати

збереження й зміцнення здоров'я народу, гарантувати доступність і якість кваліфікованого медичного обслуговування населення, що викликало потребу в її реформуванні. Необхідність системного підходу до планування та здійснення реформ обумовила розробку Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, яка визначила принципи і шляхи реформування галузі на сучасному етапі й стала стратегією розбудови на майбутні роки [10, с. 161].

Із врахуванням реального стану здоров'я населення було визначено фактичні потреби в основних видах медичного обслуговування, уточнено штатні нормативи лікувально-профілактичних закладів. Були проведені впорядкування й оптимізація ліжкового фонду, що дало можливість змінити структуру витрат на безпосереднє забезпечення лікувально-діагностичного процесу. При цьому поліпшилися показники використання лікарняних ліжок – цілком обґрунтовано знизився рівень госпіталізації, збільшилася середня зайнятість стаціонарних ліжок, скоротилася середня тривалість перебування хворих у лікарнях, зменшилися ресурсні витрати галузі. Раціоналізації використання лікарняних ліжок сприяв розвиток денних стаціонарів при амбулаторно-поліклінічних закладах і стаціонарів удома [10, с. 161].

Відзначимо, що було сформульовано нормативно-правові засади сфери ПУОЗ в Україні, якими визначено основні принципи та шляхи реформування зазначеної сфери на сучасному етапі, що стало стратегією розбудови на майбутні роки із визначеними основоположними завданнями та цілями. Так, стратегічними завданнями кадрової політики було визначено вдосконалення системи кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я населення з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб; запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості

працівників середньої ланки; реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики; розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-професійних програм і засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників; удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення і реалізацію програми розвитку медсестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду. Оптимізації лікувально-профілактичної допомоги сприяло впровадження ефективних медичних технологій, розроблення стандартів діагностики та лікування, створення системи забезпечення і контролю за якістю медичної допомоги на основі стандартів лікування, сертифікації та атестації медичних працівників, акредитації і ліцензування закладів охорони здоров'я.

Сучасна сфера охорони здоров'я на сьогодні потребує удосконалення та покращення її діяльності, тобто потребує справжнього реформування галузі, що обумовлено умовами режиму воєнного стану та протидії збройної агресії РФ. Індикатором цього було у 2010-2020 рр. різке щорічне зниження кількості населення в Україні, яке пов'язане з економічною, екологічною та демографічною ситуацією в країні. У результаті різноманітних чинників в країні відбулося перевищення смертності населення над народжуваністю. Відповідно до статистичних Державної служби статистики України за 2004-2013 роки населення країни скоротилося на 0,9 млн. осіб, а з 2014-2019 років – на 10 млн. осіб. Так, за даними Європейської бази «Здоров'я для всіх» за рівнем смертності населення Україна посідає друге місце серед країн ЄС – 34,6 на 1000 осіб населення (середньоєвропейський показник – 10,5, країн ЄС – 9,7). Протягом 1991 – 2014 років загальний показник смертності в Україні збільшився на 12,7%, а 2014-2019 років – на 38,1 %, натомість у країнах ЄС він зменшився на 6,7% [11, с. 167]. Високий рівень смертності в Україні обтяжений тим, що він стосується, насамперед, людей працездатного віку –

стандартизований коефіцієнт смертності населення у працездатному віці (775 на 100 тис.) у 4,4 рази перевищує аналогічний показник країн ЄС і в 2,5 рази – середній показник у Європі. До всього маємо низьку народжуваність в Україні, високий рівень поширення хронічних неінфекційних захворювань, невисоку очікуваність тривалості життя при народженні (63,12 років у чоловіків і 75,03 років у жінок – за даними 2019 року) [11, с. 167].

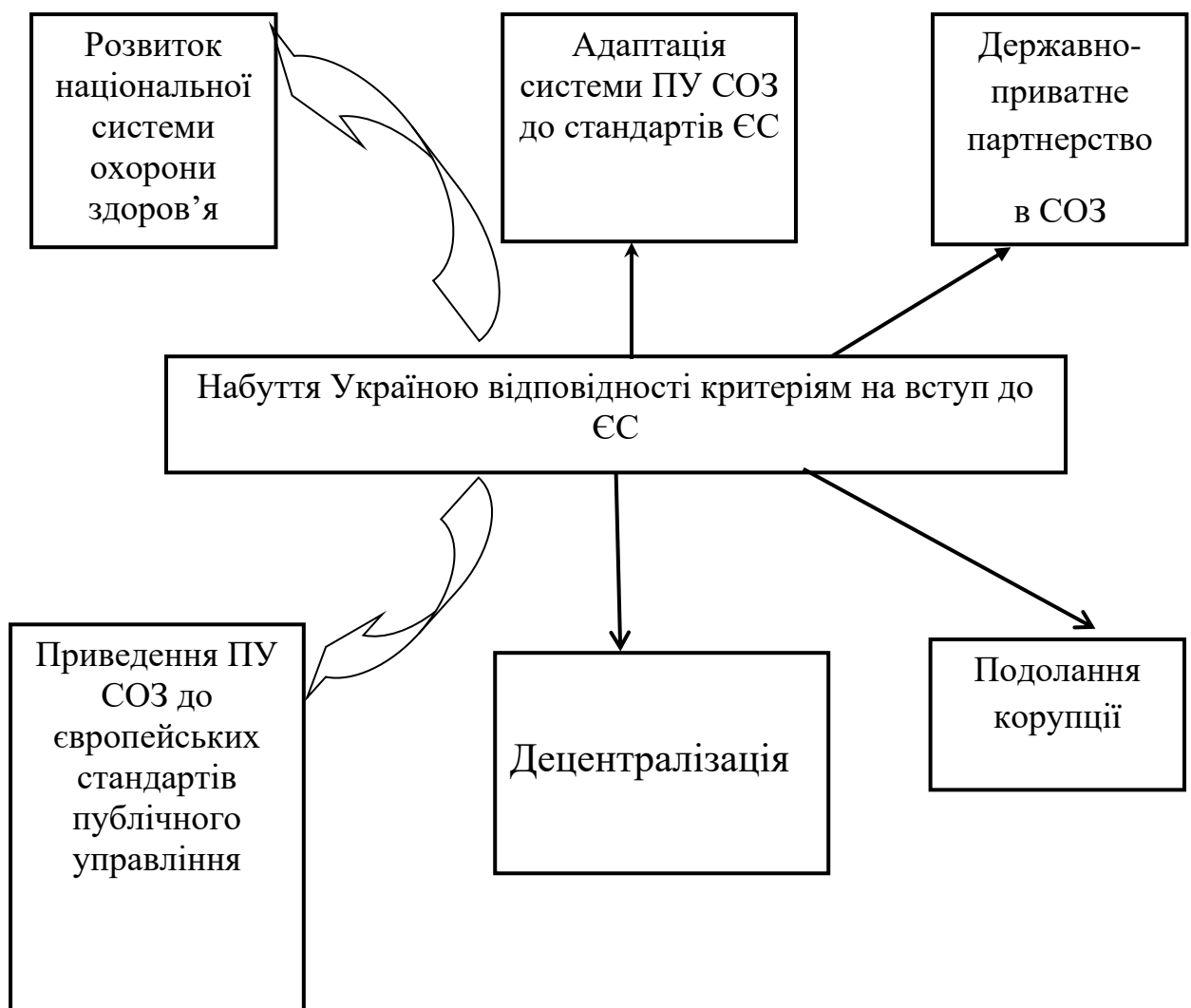


Рис. 1.1. Концептуальна модель трансформації публічного управління в сфері охорони здоров'я

В умовах війни і переміщення десятків мільйонів громадян України у межах території України, сотень тисяч поранених і вбитих громадян України система охорони України значно трансформувалася, й так само змінилася модель ПУОЗ. Нові виклики потребують і нової моделі управління у сфері

охорони здоров'я.

Слід відзначити й те, що вже з 1 квітня 2019 року контракткування аптечних закладів та відшкодування вартості відпущених лікарських засобів у межах програми «Доступні ліки» проводитиметься не закладами охорони здоров'я чи муніципалітетами, а безпосередньо одним головним оператором бюджетних коштів, яким є Національна служба здоров'я України [7, с. 54]. З метою реалізації цих програм на сьогодні в Україні працює більше 50 фармацевтичних фабрик, 21 завод і близько 120 фірм. Абсолютна більшість лікарських засобів (75-80%) випускаються найбільшими підприємствами вітчизняної сфери обігу лікарських засобів.

У грудні 2019 року з метою запобігання виготовленню та реалізації лікарських засобів посилено кримінальну відповідальність аж до позбавлення волі довічно з конфіскацією майна. Отже, основними особливостями становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення у період «Самостійної України» слід визначити такі: 1) невідповідність сфери медичного обслуговування населення основним сучасним вимогам, а саме: неспроможність забезпечення збереження й зміцнення здоров'я народу, неспроможність гарантування доступності та якості кваліфікованого медичного обслуговування населення; 2) зниження рівня надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги, як невід'ємної частини медичного обслуговування населення (відбувається збільшення середньої зайнятості стаціонарних ліжок, скорочення середньої тривалості перебування хворих у лікарнях, зменшення ресурсних витрат галузі; 3) формування нормативно-правових засад функціонування сфери медичного обслуговування населення в Україні; 4) впровадження укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а також з усіма медичними працівниками зазначеної сфери; 5) упровадження урядової Програми «Доступні ліки»; 6) запровадження системи відшкодування коштів відповідно гарантованого пакета медичної допомоги у рамках програми «Доступні ліки», яка надається не закладами охорони

здоров'я чи муніципалітетами, а безпосередньо одним головним оператором бюджетних коштів, яким є Національна служба здоров'я України.

1.2. Публічне управління в сфері охорони здоров'я в контексті конституційних норм прав і свобод громадян України

Безпосереднє відношення до охорони здоров'я має стаття 49 Основного Закону України, яка свідчить, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». Конституція зазначає, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально- економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм». Основний закон не уточнює зміст цих програм, але в ньому відчувається намагання гарантувати реалізацію цього права: «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [13].

Ця ж стаття містить положення, які свідчать про профілактичну спрямованість охорони здоров'я, оскільки зазначає, що «держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя». Цей напрямок підсилюється статтею 50 такого змісту: «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Кожному гарантується доступ до інформації про стан довкілля», яка «ніким не може бути засекречена».

Співвідношення права на здоров'я (права на охорону здоров'я) з іншими правами людини і громадянина засвідчується статтею 27, яка проголошує невід'ємне право на життя, захищати яке є обов'язком держави, статтею 28, яка забороняє піддавати людину медичним, науковим та іншим

дослідам без її згоди, статтями 29 і 30, які проголошують право громадянина на свободу й особисту недоторканість, а також недоторканість житла.

Статті 43, 45, 47, 48 відповідно проголошують право громадян України на працю, відпочинок, житло, достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, тобто на ті умови, які безпосередньо стосуються здоров'я людини.

Стаття 46 забезпечує право громадян на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом, яке «гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням».

Проголошені Конституцією України соціальні права на здоров'я і охорону здоров'я фактично не гарантовані державою у реальному житті. Вони систематично не виконуються і, хоча Конституція є законом прямої дії, ніхто не несе за це фактично ніякої відповідальності. Тому вони переважно залишаються деклараціями, а їх невиконання пояснюються не волею влади, а відсутністю у бюджеті коштів, необхідних для фінансування галузі, гідної оплати праці лікарів та інших медичних працівників, медикаментозного, медико-технологічного та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів, розробку і впровадження новітніх ефективних медичних технологій.

Як зазначалося вище, окрім статті 49 Конституції України, згідно зі статтею 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, охорона здоров'я – система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при

максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [14]. Згідно статті 1 зазначеного закону, законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Право на охорону здоров'я є одним з найважливіших суб'єктивних прав людини, яке закріплено у нормативно-правових актах національного і міжнародного рівня. Зокрема з-поміж останніх варто відзначити документи з прав людини Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці, резолюції міжнародних форумів тощо. Це, наприклад, Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права дитини, Конвенція про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок, Статут Всесвітньої охорони здоров'я тощо. Складовою системи прав людини на національному рівні практично всіх європейських країн є також і право на охорону здоров'я. На міжнародному рівні право на охорону здоров'я гарантовано Загальною декларацією прав людини, яка була прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р.

Право на життя та право на охорону здоров'я – це природні та невід'ємні права кожної людини і громадянина. Вони визнаються навіть тими країнами, у конституціях яких не були закріплені. У Конституції України статтею 27 проголошено, що кожна людина має невід'ємне право на життя, а захист життя людини є обов'язком держави [13]. У Конституції України (ст. 3 та 49) передбачено, що життя і здоров'я є цінністю та первинною, вихідною передумовою життєдіяльності кожної людини. Тому з численних прав, які передбачає Основний Закон, можна виділити право людини на охорону здоров'я як право, яке гарантує її фізичне існування і є умовою забезпечення здійснення всіх інших прав людини.

У преамбулі Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначається, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право

на охорону здоров'я. [14]

Одним із природніх прав людини є право на здоров'я, людина має природне право на охорону здоров'я. На нашу думку, ключове для нашого дослідження поняття варто визначати у такий спосіб: право на охорону здоров'я – це природне невід'ємне і непорушне право людини, котре нормативно закріплено на національному та міжнародному рівнях, включає всі можливі засоби для розвитку, збереження, забезпечення та, у випадку порушення, відновлення гармонійного рівня фізичного, психічного, та душевного стану її організму

Ознаками даного права є, насамперед, наступні:

- 1) обґрунтованість;
- 2) реальність;
- 3) надійність;
- 4) загальність;
- 5) рівність;
- 6) чітка визначеність;
- 7) дієвість.

При цьому об'єктами ПУОЗ виступають права та обов'язки пацієнтів, медичних і фармацевтичних працівників, населення у даній галузі; медична інформація; медична документація і звітність; управління та організація охорони здоров'я; лікарські засоби; медична допомога; медичні послуги та інше. .

Виходячи із загальної структури змісту суб'єктивного права, проаналізуємо структурні елементи змісту суб'єктивного права на охорону здоров'я. Так, право на охорону здоров'я включає багато різних елементів.

Першим елементом такого права є можливість певної поведінки особи (право на власні дії). Це діяльність людини з реалізації нею відповідного права, яка полягає в активних діях, спрямованих на використання права на охорону здоров'я у медичних закладах, на роботі, у повсякденному житті. Кожна людина має можливість використовувати право на охорону здоров'я у

повному обсязі. Держава забезпечує це право відповідною нормативно-правовою базою та створенням умов для реалізації цих норм. В Основному Законі України вжито термін «кожен», який вказує на те, що ця норма має неперсоніфікований характер, що право на охорону здоров'я поширюється не лише на громадян України, але також на іноземних громадян та осіб без громадянства, які перебувають під юрисдикцією України.

Провідна роль у змісті суб'єктивного права на охорону здоров'я визначається також тим, що особа може за власним бажанням обирати законний засіб для відновлення свого правового становища, що існувало до порушення її прав та свобод.

Другий елемент права на охорону здоров'я має превентивне значення і полягає в тому, що наявність в особі цього права є свого роду запобіжником від можливих порушень з боку інших суб'єктів. Оскільки в праві на охорону здоров'я відповідачем буде держава, медичні установи, лікарі та інші, які не змогли належним чином забезпечити це право, то сама можливість такого звернення фактично змушує державу створювати максимально ефективні внутрішні механізми захисту прав і свобод. Тобто це право саме по собі накладає цілу низку зобов'язань щодо гарантування даного права. Таким чином, елементом змісту суб'єктивного права людини на охорону здоров'я є можливість уповноваженої сторони правовідносин вимагати належної поведінки від зобов'язаної сторони (право на чужі дії), тобто вимагати від зобов'язаного суб'єкта виконання покладених на нього обов'язків.

По-третє, право на звернення у зв'язку із порушенням. Право на звернення є універсальним інструментом, оскільки дає можливість особі відстоювати інші суб'єктивні права та інтереси. Можна розділяти матеріальний та процесуальний зміст. Матеріальний зміст цього права полягає у можливості особи задовольнити свої вимоги у випадку порушення або оспорювання прав та обов'язків, що охороняються законом. Процесуальний аспект відповідного права розкривається через прийняття міжнародною правозахисною інституцією рішення у справі за скаргою

заявника.

Отже, конституційне право людини на охорону здоров'я можна розглядати в трьох аспектах:

- 1) як самостійне суб'єктивне право, що має власний юридичний зміст,
- 2) як гарантію реалізації та захисту інших прав особи,
- 3) як елемент права на доступ до правосуддя

Суб'єктивне конституційне право на охорону здоров'я включає такі можливості особи:

- 1) на певну поведінку (право на власні дії);
- 2) вимагати належної поведінки від зобов'язаної сторони (право на чужі дії);
- 3) право-претензію.

Разом з тим, обов'язок зобов'язаної сторони полягає в забезпеченні кожному, чиї права порушені в Україні, можливості на законних підставах реалізувати своє конституційне право на звернення до міжнародної правозахисної установи. Одночасно зобов'язана сторона повинна належним чином забезпечувати законні вимоги особи у відповідності до встановленої правової процедури. Елементи права на охорону здоров'я впливають з I та II розділів Конституції України. Саме у статті 49 Конституції України закріплюється, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування».

Варто зазначити, що у чинній Конституції України закладено загалом достатню правову основу щодо права людини на життя та охорону здоров'я. Так, держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я за допомогою:

- створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- надання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;

- здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, обробки й аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

Водночас громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна. Також елементи права на охорону здоров'я визначено у статті 6 Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, кожний громадянин України має право на охорону свого здоров'я, що передбачає:

- 1) життєвий рівень, у тому числі їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- 2) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- 3) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де проживає громадянин;
- 4) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- 5) кваліфіковану медико-санітарну допомогу, у тому числі вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я;
- 6) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, у тому числі існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- 7) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;
- 8) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- 9) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння

охороні здоров'я;

10) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я;

11) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;

12) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;

13) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути обмежені чи порушені загально визнані права людини і громадянина;

14) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду [14].

Варто навести наявні класифікації елементи права людини на охорону здоров'я та надали їх класифікацію з урахуванням певних критеріїв:

а) за значенням для їх носія:

– основні, тобто ті, що безпосередньо пов'язані з правом людини на охорону здоров'я, зокрема, життєвий рівень, який є необхідним для підтримання здоров'я; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними тощо;

– додаткові, тобто опосередковано пов'язані з правом на охорону здоров'я, наприклад, заборона катувань чи жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність поводження чи покарання, зокрема, особу не може бути без її вільної згоди піддано медичним чи науковим досліддам; справедливі, безпечні й здорові умови праці та інші;

б) за суб'єктивним складом:

- загальні, тобто необхідні будь-якій категорії людей, зокрема,

життєвий рівень, який є необхідним для підтримання здоров'я; найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я; медична допомога тощо;

– спеціальні, тобто можливості окремих категорій (дітей, матерів тощо), а саме, охорона материнства; скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності; здорового розвитку дитини та інші [15, с. 65].

Упровадження реформи сфери охорони здоров'я передбачало запровадження в повному обсязі системи реімбурсації лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги. З метою реалізації усіх позицій щодо реформування сфери медичного обслуговування населення Міністерство охорони здоров'я України затверджує та впроваджує у життя цілу низку наказів, спрямованих на забезпечення програми відшкодування вартості лікарських засобів під час медичного обслуговування населення.

Основними принципами права на охорону здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [16, с. 2].

У свою чергу, варто додати, що принципи права на охорону здоров'я з боку держави :

- справедливість;
- солідарність;
- орієнтованість на покращення громадського здоров'я;
- орієнтованість на задоволення справедливих потреб населення;
- орієнтованість на покращення якості медичної допомоги;
- результативність;
- ефективність;
- участь громадськості у формуванні політики [12].

На наше переконання, перелік цих принципів можна продовжувати, водночас, важливо зупинитись на різновидах й особливостях прав людини і громадянина у сфері охорони здоров'я.

Так, конституційно визначені права людини і громадянина у сфері охорони здоров'я включають у себе:

1. Права, які безпосередньо відносяться до сфери охорони здоров'я: право на життя; право на охорону здоров'я; право на медичну допомогу; право на медичне страхування.

2. Права, які опосередковано стосуються охорони здоров'я: правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я; оскарження неправомірних рішень і дій працівників закладів та органів охорони здоров'я; право на відшкодування як матеріальної, так і

моральної шкоди, завданої життю та здоров'ю; право на захист у суді у випадку порушення прав громадян у галузі охорони здоров'я та прав пацієнтів; право на достатній життєвий рівень; безпечно для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту; безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; право на участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я; право на участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань; право на об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я [18, с. 145].

Власне така більш детальна класифікація підтверджує взаємозв'язок багатьох суб'єктивних прав людини із сферою охорони здоров'я. А саме пропонуємо виокремлювати:

- ті, що безпосередньо закріплюють права у сфері охорони здоров'я,
- ті, що опосередковано стосуються даного права.

Тим чи іншим правам кореспондують відповідні обов'язки, котрі покладено на громадян у встановленому законодавству порядку. Звернемося до законодавчого закріплення, а, саме, до статті 10 Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» [14], котра визначає такі обов'язки:

- піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення;
- вживати передбачених Законом України «Про екстренну медичну допомогу», заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам;
- виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Зазначені вище обов'язки спрямовані на впорядкування системи

охорони здоров'я. Адже саме реалізації прав громадян у сфері здоров'я має сприяти відповідальна поведінка кожного громадянина. Слід зауважити, що у комплексі заходів охорони здоров'я особливе місце належить державному регулюванню, що здійснюється шляхом впровадження та забезпечення відповідних правил та норм, здійснення комплексу необхідних завдань у сфері охорони здоров'я .

Важливість і багатоаспектність права на охорону здоров'я обумовлені насамперед тим, що охорона здоров'я є поняттям, що включає в себе широкий спектр взаємовідносин людини із суспільством, громадянина з державою, охоплює цілий комплекс прав та заходів. Останні розробляються і втілюються державою, її уповноваженими органами і посадовими особами, громадською спільнотою з метою досягнення достатнього рівня фізичного та психічного здоров'я людини і громадянина.

Також слід виокремити такі поняття:

1) права у сфері охорони здоров'я, якими наділені всі громадяни та які закріплені у Конституції відповідно до існуючих міжнародно-правових стандартів;

2) права тих громадян, які під тиском обставин звернулися за медичною допомогою або отримують цю допомогу та медичні послуги, та які мають статус пацієнта.

До перших належать наступні права людини:

- право на охорону здоров'я,
- право на медичну допомогу,
- право на життя,
- право на достатній життєвий рівень та інші.

До другого напрямку належать права безпосередньо пацієнтів. При цьому визначають загалом два їх різновиди:

- загальні права для всіх пацієнтів,
- спеціальні права пацієнтів.

Щодо загальних прав пацієнтів, то тут погляди науковців схожі.

Такими правами є право на медичну інформацію (зокрема лікарську таємницю), право на вибір лікаря та лікувального закладу, проведення консультацій.

Позитивними тенденціями, на нашу думку, є розширення прав пацієнтів, а також визначення статусу пацієнта. Насамперед, це може відбутися завдяки формуванню якісної законодавчої бази, котра ґрунтується на міжнародних стандартах, а також формування активних напрямів взаємодії особи та держави. Дійсно, права пацієнта є дуже широкою категорією, котра включає в себе низку інших прав, виходячи з положень галузевого законодавства держави в сфері охорони здоров'я.

Для прикладу важливим було б визначення правового статусу пацієнта у спеціальному законі «Про права пацієнтів», на зразок тих, що прийнято у країнах європейського співтовариства та з урахуванням існуючих європейських правових стандартів у цій сфері.

РОЗДІЛ 2

ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ОСОБЛИВИХ УМОВАХ

2.1. Становлення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я

Здоров'я людини вважається тією категорією, котра поряд із життям визначає підґрунтя соціальних цінностей людини та населення в цілому. Саме тому доцільно визначитися із сутністю таких понятійних категорій, як «здоров'я людини» та «здоров'я населення». На наш погляд, «здоров'я людини» є менш конкретно визначеним поняттям, яке пов'язане з характеристикою індивідуальних особливостей та різноманітністю факторів, які впливають лише на здоров'я людини. А поняття «здоров'я населення» є більш широкою категорією, яка характеризується кількісними демографічними показниками щодо народження, смертності, захворюваності та визначення середньостатистичної тривалості життя тощо.

Якщо говорити про категорію «здоров'я людини», то слід визначити її як природний стан організму, що характеризується його повною рівновагою із біосферою та відсутністю будь-яких виражених хворобливих змін [19, с. 356].

Основними характерологічними ознаками здоров'я людини Велика медична енциклопедія визначає такі: природний стан організму, зв'язок із біосферою та відсутність різного роду захворювань тощо. Відзначимо, що здоров'я населення є одним із найважливіших показників соціально-економічного та екологічного добробуту суспільства, його демографічного, духовно-культурного, політичного, наукового, біологічного та етичного потенціалу. Воно також є об'єктивним критерієм ефективності заходів законодавчих і виконавчих органів влади. Цей термін охоплює фізичні,

психічні, духовні та соціальні аспекти життєдіяльності суспільства в цілому.

З економічної точки зору здоров'я населення визначають як передумову економічного зростання нації.

Крім того, сучасна соціальна парадигма, ґрунтуючись на ідеї важливості інвестицій у людину, виходить з того, що охорона здоров'я не стільки соціально-витратна, скільки соціально-інвестиційна сфера, тому охорона здоров'я має велике значення для подальшого суспільного розвитку.

Разом з тим під здоров'ям населення необхідно розуміти фізіологічне, духовне, психологічне та соціальне благополуччя людей, яке забезпечує їх життєдіяльність, що відображає стан природного функціонування їх організму (тобто без наявності патологій та порушення функціонування органів і систем).

Слід зазначити, що здоров'я людей у суспільстві залежить від якісного та доступного медичного обслуговування населення, яке визначається основними показниками, що свідчать про ефективність системи охорони здоров'я та рівень цивілізованості будь-якого суспільства. Здоров'я та тривалість життя населення залежать від багатьох чинників, а саме: екологічної ситуації, якості повітря, питної води, продуктів харчування, а також від якості медичного обслуговування населення.

Згідно з ч. 2 ст. 32 Конституції України кожний громадянин має право знайомитись в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, підприємствах, установах і організаціях з відомостями про себе, які не є державною або іншою захищеною законом таємницею [13]. Зазначена стаття є конституційною основою права громадян на інформацію, у тому числі і про стан свого здоров'я, а, тому є важливим аспектом реалізації свого права на охорону здоров'я.

У ст. 285 Цивільного кодексу України та п. «е» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріплено право на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи існуючі і

можливі фактори ризику та їх ступінь. Даному праву кореспондує обов'язок лікаря надати медичну інформацію, що визначений у ст. 39 Основ [14], де вказано, що лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові у доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявності ризику для життя і здоров'я.

У Рішенні Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 року у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України „Про інформацію” та ст. 12 Закону України „Про прокуратуру” (справа Устименка) [20] визначено, що *медична інформація* – це свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі і про ризик для життя і здоров'я, яка за своїм правовим режимом належить до конфіденційної. Також у згаданому Рішенні КСУ зазначено обов'язок лікаря на вимогу пацієнта та членів його сім'ї або законних представників надавати їм таку інформацію повністю і в доступній формі.

В Україні сьогодні продовжується реформування у сфері охорони здоров'я в цілому. Зазначена реформа здійснювалася на основі Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, на основі програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-УШ) [154].

Перепорою на шляху запроваджених реформ стала пандемічна ситуація, пов'язана із Covid-19, а з 2022 року і військова агресія РФ. Більшість медичних закладів виявилися недостатньо підготовленими до роботи у таких важких умовах. Наслідком усього цього стало недостатнє фінансування, нестача кадрових ресурсів та матеріально-технічної бази для якісної та ефективної діяльності під час важкої пандемічної ситуації (зокрема, використання кисневих систем та власне самого кисню).

Сучасне реформування ПУ СОЗ в Україні узгоджується з положеннями програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2023», основними напрямками якої є підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Водночас воно має корелюватись з процесами децентралізації, розширення прав та відповідальності територіальних громад щодо самостійного вирішення питань у сфері медичного обслуговування населення; реформування публічного адміністрування у цій сфері; реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні тощо [22, с. 112].

З метою реалізації встановлених завдань та стратегічних напрямків щодо підвищення ефективності ПУ СОЗ необхідно удосконалювати його на всіх рівнях забезпечення, розпочинаючи з обслуговування під час екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Саме у процесі децентралізації органів місцевого самоврядування названа сфера знаходиться у невизначеній площині щодо її фінансування та адміністрування, що і породжує актуальність дослідження особливостей її запровадження.

Необхідно резюмувати, що стан здоров'я українського населення визначається величезною кількістю хронічних та соціально небезпечних захворювань. У країні спостерігається коротка середня тривалість життя громадян, висока смертність та інвалідність, на що впливає забруднене довкілля, незадовільні умови праці, активне розповсюдження інфекційних та паразитарних захворювань, криза галузі медичного обслуговування, недостатній контроль за якістю та вживанням лікарських засобів і біологічно активних домішок, тютюнокуріння [23].

До зниження рівня здоров'я нації також призводить безконтрольне вживання алкогольних напоїв, наркотичних засобів, психотропних речовин та їх прекурсорів, а також морально-психологічна та фізична деградація суспільства в цілому. Не сприяє розв'язанню проблем у сфері медичного обслуговування населення й відсутність належного моніторингу за станом генофонду, рівнем популяційного імунітету населення, циркуляцією збудників інфекційних хвороб. Сучасна система медичного обслуговування населення в Україні спрямована більше на лікування, ніж на профілактику захворювань і пропаганду здорового способу життя. Як наслідок, за останні п'ять років кількість захворювань і смертність зростала [23].

Треба акцентувати увагу на тому, що Україна має один із найгірших показників сфери медичного обслуговування населення в європейському регіоні і знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка збільшилась на 12,7% за останні 20 років, тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%.

Однією з основних причин погіршення ситуації у сфері медичного обслуговування населення є досить низький рівень економічного розвитку в державі. Сьогодні організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, навіть незважаючи на те, що українці витрачають на сферу медичного обслуговування значну частку свого доходу. Крім того, існує величезна невідповідність між тим, що обіцяє держава, і тим, що вона може забезпечити []. В умовах сьогодення тривожна ситуація у сфері охорони здоров'я населення пояснюється й тим, що відбувається швидке старіння населення і катастрофічно різке зменшення кількості медичного персоналу (у зв'язку зі смертністю, фінансовим забезпеченням, міграцією за кордон тощо). Варто навести класифікацію ризиків і загроз (таблиця 2.1.)

Таблиця 2.1

Класифікаційні ознаки ризиків медичної сфери

Ознака	Класифікація
1	2
1. Соціально-правові та економічні ризики	<p>1.1. Зміни в законодавстві за формами і методів організації медичної допомоги населенню.</p> <p>1.2. Внесення змін в систему фінансування охорони здоров'я.</p> <p>1.3. Розвиток нових економічних відносин і методів управління охороною здоров'я.</p> <p>1.4. Введення та модернізація системи медичного страхування (ОМС, ДМС, змішане медичне страхування).</p> <p>1.5. Приватизація чи націоналізація суб'єктів охорони здоров'я.</p> <p>1.6. Інноваційні процеси у вдосконаленні нормативно- правової бази охорони здоров'я (нові організаційно- правові форми діяльності медичних організацій, підприємництво в охороні здоров'я, захист прав пацієнтів, страхування професійної медичної діяльності та ін.).</p> <p>1.7. Внесення змін до арбітражне право.</p> <p>1.8. Інші</p>
2. Ризики, пов'язані з управлінням	<p>2.1. Відсутність системи базової підготовки спеціалістів у сфері управління й економіки охорони здоров'я, медичного права.</p> <p>2.2. Низький рівень компетентності керівників в області менеджменту, економіки і законодавства в охороні здоров'я.</p> <p>2.3. Проблеми професійної підготовки певної частини медичного персоналу всіх рівнів системи.</p> <p>2.4. Науково необгрунтований вибір стратегії реформування галузі.</p> <p>2.5. Нехтування діяльністю по охороні праці і техніці безпеки.</p> <p>2.6. Інші</p>

	3.6. Психогенні (психоемоційні). 3.7. Інші.
4. Ризики, пов'язані з загрозою здоров'ю медичних працівників	4.1. Від хворих з особливо небезпечними інфекціями. 4.2. Від хворих вірусним гепатитом В і С, ВІЛ-інфекцією, сифілісом та іншими венеричними захворюваннями. 4.3. Від хворих на туберкульоз. 4.4. Від психічно хворих. 4.5. Від наркоманів. 4.6. Від злочинців, які посягають на медичний персонал з метою отримання наркотичних засобів. 4.7. Інші
5. Інші ризики	5.1. Техногенні (техніко-експлуатаційні). 5.2. Пожежонебезпечні. 5.3. Вибухонебезпечні (зберігання та експлуатація кисню). 5.4. Терористичні. 5.5. Інші.
3. Професійні (медичні) ризики, пов'язані з цивільно-правовою відповідальністю	3.1. Діагностичні. 3.2. Лікувальні. 3.3. Медикаментозні (фармако-терапевтичні). 3.4. Профілактичні. 3.5. Інфекційні.

Джерело [23].

Основними факторами, які характеризують наявну модель сфери медичного обслуговування населення і які унеможливають отримання якісних і доступних послуг у цій сфері, є неефективність та застарілість таких показників:

1) системи управління, яка забюрократизована і не забезпечує адекватного реагування сфери медичного обслуговування населення на потреби людини і суспільства, що динамічно змінюються, не враховує ризики та не використовує потенційні можливості;

2) організаційно-правової бази сфери медичного обслуговування населення, яка неповною мірою відповідає сучасним світовим тенденціям

щодо функціонування та розвитку сфери медичного обслуговування населення;

3) системи фінансування сфери медичного обслуговування населення та окремих її закладів, яка зорієнтована на утримання неефективної структури, а не на результати діяльності, яка не забезпечує захисту фінансових ризиків громадян, пов'язаних із захворюваннями;

4) структури сфери медичного обслуговування населення, яка характеризується диспропорційним розвитком елементів, що призводять до затратних втручань, і водночас виразною слабкістю та нерозвиненістю складових, що спрямовані на зміцнення здоров'я та профілактику;

5) системи кадрового забезпечення, яка не задовольняє потреби галузі щодо адекватного відновлення та підвищення кадрового потенціалу сфери медичного обслуговування населення у його кількісному і якісному вимірах;

6) інформаційно-аналітичного забезпечення, яке спирається на паперовий медико-статистичний облік і звітність та унеможливорює комплексний моніторинг і оцінку ресурсів сфери медичного обслуговування населення з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування;

7) механізмів міжсекторальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення, що зумовлено інституційною та функціональною нерозвиненістю системи громадської охорони здоров'я;

8) системи науково-методичного забезпечення діяльності і розвитку сфери медичного обслуговування населення, віддаленістю її від нагальних і стратегічних потреб галузі;

9) інформаційно-комунікаційного забезпечення, яке не відповідає вимогам сьогодення і не має упереджувального характеру [24].

У результаті цього необхідно виокремити певні проблеми, які необхідно вирішити, щоб забезпечити ефективність ПУ СОЗ. До цих проблем необхідно віднести такі:

1. незадовільний стан здоров'я усієї української нації;

2. нераціональне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;
3. відсутність належного фінансування ПУ СОЗ;
4. відсутність належного забезпечення медичними технологіями та недосконалість управління ними;
5. недостатнє інформування населення про новітні медичні технології, сучасні засоби збереження здоров'я та активного відпочинку;
6. недосконалість законодавчого врегулювання сфери охорони здоров'я тощо.

Відповідно до сформульованих проблем ефективність ПУ СОЗ має бути спрямована на покращення якості життя та здоров'я населення, результатом чого має бути збереження генофонду нації.

Саме з цією метою необхідно виокремити напрями ефективності ПУ СОЗ, якими на наш погляд, мають бути такі:

- 1) діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення;
- 2) розвиток навчальної та науково-дослідної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення;
- 3) удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення;
- 4) впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення;
- 5) покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Вважаємо за доцільне здійснити ґрунтовну характеристику запропонованих напрямів ефективності ПУ СОЗ.

Так, за останні роки досить активно імплементується діджиталізація у сферу медичного обслуговування населення. Уже з 2017 року впроваджується електронна система медичного обслуговування населення як та інформаційно- телекомунікаційна система, яка забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією,

даними та документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс [69]. У централізованій електронній базі, яка забезпечує медичне обслуговування населення, впроваджено такі реєстри, як: 1) реєстр пацієнтів; 2) реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу; 3) реєстр суб'єктів господарювання у сфері медичного обслуговування населення; 4) реєстр медичних спеціалістів; 5) реєстр медичних працівників; 6) реєстр договорів про медичне обслуговування населення; 7) реєстр договорів про реімбурсацію.

Треба відзначити, що діджиталізація сфери охорони здоров'я уособлює в собі зручні для пацієнтів онлайн-сервіси, за допомогою яких можна обрати собі бажаного лікаря, укласти з ним декларацію на обслуговування, записатися за допомогою електронної черги на прийом, виписати е-рецепт на лікарські засоби, а також лікарські засоби відповідно до реімбурсації, отримати е-лікарняний лист, подати статистичні звіти, документацію та аналітичні дані до Національної служби здоров'я та до Міністерства охорони здоров'я України, а також статистичні дані щодо епідеміологічної ситуації до Державної служби України з питань безпечності продуктів та захисту споживачів тощо.

Але, на жаль, ефективної діджиталізації ПУ СОЗ ще не відбулося: вона досить повільними темпами впроваджується у практичну діяльність. Є багато невирішених питань, які доцільно було б включити до процесу діджиталізації СОЗ. До таких питань необхідно віднести надання електронної згоди на медичне втручання їхніх родичів та дітей, надання електронної згоди на передачу органів їхніх родичів з метою трансплантації, а також надання електронної відмови від госпіталізації та перебування на стаціонарному лікуванні тощо. Значним недоліком є й те, що донині немає електронних медичних карток, які необхідно внести до електронного кабінету пацієнта. Ці

картки мають висвітлювати всі перенесені захворювання, методики та протоколи лікування тих чи інших захворювань, щоб спостерігати за ефективністю впливу тих лікарських засобів, які приймали пацієнти, а також в них має бути збережений календар щеплень, починаючи від самого народження (оскільки сьогодні всі щеплення зберігаються лише до шістнадцятирічного віку).

У глобальному сенсі слова електронна система ПУ СОЗ полягає в обробці великого масиву даних у сфері медичного обслуговування населення. Розвиток онлайн-медицини має особливо велике значення під час карантинних заходів. Також значної актуальності і популярності набуває розвиток телемедицини, за допомогою якої пацієнти систематично перебувають на зв'язку із медичними працівниками, що є досить важливим для пацієнтів із обмеженими можливостями. За допомогою телемедицини пацієнти також вивчають міжнародний досвід щодо лікарських засобів, щодо протоколів лікування захворювань, які їх цікавлять.

Безпосередньо діджиталізація здатна значно підвищити якість охорони здоров'я в Україні та у світі в цілому. Під час цифрової інформатизації обробляються та аналізуються всі дані, які збираються про пацієнта за секунди в будь-якій частині світу, у результаті чого точніше встановлюється діагноз, з легкістю призначається лікування, оскільки висвітлюються всі побічні ефекти від попередніх лікувань.

Таким чином, особливостями наряду діджиталізації сфери охорони здоров'я є те, що він характеризується утворенням та розвитком онлайн-реєстрів та інших інтернет-сервісів як складової частини усієї eHealth, забезпечуючи при цьому відповідний захист персональних даних та медичних даних пацієнтів, розміщуючи їх у різних місцях з метою унеможливлення їх ідентифікації, а також персональних даних лікарів.

На наш погляд, з метою удосконалення eHealth та з метою реалізації Державного проекту «Цифрова держава» в рамках діджиталізації сфери охорони здоров'я населення варто запропонувати затвердити Концепцію

впровадження електронного медичного обслуговування населення. Не менш вагомим напрямком ефективності ПУ СОЗ є розвиток навчальної діяльності під час підготовки фахівців та науково-дослідної роботи у цій сфері.

2.2. Стан системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни

Розв'язана Російською Федерацією повномасштабна війна завдала значної шкоди системі охорони здоров'я (СОЗ) України. Йдеться про руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм профілактики та лікування, брак медичних кадрів в деяких регіонах та порушення логістичних зв'язків, що перешкоджає вчасному та повному забезпеченню населення засобами медичного призначення.

Повномасштабна війна значно вплинула на систему охорони здоров'я. Через обстріли, руйнування чи повне знищення лікарень, медичні працівники вимушені шукати притулку у відносно безпечних регіонах України. Також чимало українців стали внутрішньо переміщеними. Лікарі західних областей стикнулися з новими викликами в організації роботи та змушені реагувати: змінювати підходи та ухвалювати швидкі рішення.

Українська система охорони здоров'я витримала першу хвилю навантаження завдяки медикам, які продовжували працювати, та управлінцям, які швидко й ефективно відреагували на ситуацію, змінивши специфіку роботи.

Лікарі України наголошують, що чимала кількість місцевого населення виїхала. Це вплинуло й на систему охорони здоров'я і певною мірою допомогло місцевим лікарям. Адже замість людей, які виїхали, у ці регіони, шукаючи притулку та безпеки, приїхали вимушено переміщені українці.

Важливо, що попри війну, пацієнти отримують медичну допомогу безоплатно. Національна служба здоров'я України якраз встигла

законтрактувати заклади на 2022 рік. Також, розуміючи умови, у яких працюють лікарні, НСЗУ прийняла рішення, яке гарантує надходження коштів закладам.

Для того, щоб збереглася система надання медичної допомоги пацієнтам, щоб заклади надалі могли отримувати кошти і міг працювати персонал, було прийнято, що ми фіксуємо суму. Сьогодні бачимо, що воно було абсолютно правильне. Адже це зберегло можливість пацієнту отримувати медичну допомогу, через те що зберігся персонал і заклади отримують кошти.

Медична система не лише витримала навантаження, але й проявила гнучкість. Лікарні активно почали співпрацювати з благодійниками, з громадськими організаціями та волонтерами. Це допомогло медустановам розв'язувати проблеми із доставкою медичних препаратів, виробів медичного призначення, які припинили постачати або пацієнти не могли їх придбати в аптеках. З огляду на те, що попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах унаслідок переміщення значної частини громадян усередині країни та за її межі, загострилися диспропорції ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я.

Так, за даними ООН, станом на 24 жовтня 2022 р. зафіксовано 573 підтверджених атаки на заклади охорони здоров'я, в результаті яких загинуло щонайменше 198 осіб і 234 – зазнали поранень. Пошкоджено понад 1027 медичних закладів, понад 400 – опинилися на тимчасово окупованих росіянами територіях, зруйновано 223 заклади СОЗ. При цьому, наприкінці 2021 р. в Україні налічувалося близько 3 тис. медичних закладів. Станом на початок листопада 2022 р., відновлено 95 закладів СОЗ та ще 309 перебували на стадії відбудови. Пріоритетом МОЗ є відновлення послуг для населення, зокрема для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), та робочих місць для працівників медичної сфери. З метою зміцнення спроможності СОЗ триває розгортання мережі мобільних амбулаторій, хоча залишається значною потреба в них у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів

за кількістю ВПО. Наразі майже третина (30 %) ВПО мають проблеми із доступом до медичної допомоги.

За інформацією МОЗ, проблема критичної нестачі лікарів для України не актуальна, оскільки є потенційна можливість залучати іноземних медпрацівників, які готові працювати в Україні на волонтерських засадах. Таку можливість надано згідно із Законом України від 29.07.2022 р. № 2494-ІХ «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану». Водночас такий крок має розглядатись як виключно допоміжний, оскільки політика держави має спрямовуватися не тільки на ресурсне забезпечення галузі, а передусім на стабілізацію галузевого ринку праці у спосіб надання всебічної підтримки працевлаштуванню ВПО, зокрема медичних працівників. Крім того, передбачається, що іноземні фахівці надаватимуть медичні послуги лише на тимчасовій основі, що в найближчому майбутньому змусить знову повернутись до вирішення кадрового питання галузі охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 р. можливістю працевлаштуватися в іншому медзакладі скористалося 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників. Найбільше їх зареєстровано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській областях. Також МОЗ запустило портал пошуку роботи для медичних працівників. Проте наявні на ньому вакантні посади стосуються здебільшого лікарів. Найбільше вакансій – у Києві та Київській області, центральних – Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій – та Донецькій областях.

Водночас повідомляється про труднощі із працевлаштуванням для медичних працівників зі статусом ВПО. Це змушує їх або погоджуватися на інші, менш кваліфіковані професії, або виїжджати за межі України, що погіршує кадровий потенціал галузі.

Ситуація ускладнюється на тлі відсутності актуальної інформації про точну кількість наявних медичних працівників, оскільки такий облік в умовах війни централізовано та систематично не здійснюється.

Про важливість кадрового ресурсу зазначає й ВООЗ, яка рекомендує вже нині будувати кадрову політику з огляду на повернення медперсоналу, а також розробити цифровий реєстр медичних працівників.

Потребує вдосконалення мотивація медичних працівників на тлі підвищення попиту на медичні послуги.

Зокрема це стосується встановлення конкурентоспроможної оплати праці, середній рівень якої для лікарів зріс на 30 %, а для молодшого та середнього медперсоналу – лише на 16 %. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно нівелює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу. Питання особливо актуальне через системність проблеми нестачі молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням підвищеного навантаження на СОЗ під час війни.

Вирішення кадрового питання має спрямовуватися не тільки на збереження наявного потенціалу, а й на навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного та поствоєнного часу, зокрема – у сферах фізичної реабілітації та забезпечення ментального здоров'я.

Бойові дії безпосередньо вплинули на доступність лікарських засобів. Від початку 2022 р. ДП «Медичні закупівлі України» придбало лікарських засобів та обладнання в обсязі 53 % від потреби. З безпекових міркувань централізовані мед.закупівлі у 2022 р. проводяться поза системою Prozorro, відповідно до Постанови Кабміну від 28.02.2022 р. № 169 (зі змінами) «Деякі питання здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану».

Через періодичні ускладнення вантажопотоку в пунктах пропуску вантажі низки фармацевтичних компаній затримуються під час перетину

кордону. Крім того, перевезення певних лікарських засобів, сировини для їх виготовлення та виробів медичного призначення вимагають дотримання температурних режимів. Вирішення цієї проблеми потребує спрощення перетину кордону для вантажів фармацевтичної галузі, зокрема надання їм права на першочерговий перетин кордону.

У Державному бюджеті на 2023 р. закладено приблизно такі самі обсяги фінансування придбання лікарських засобів, що й на поточний рік. Якщо врахувати прогнозований рівень інфляції, зростання курсу іноземних валют (значна частина лікарських засобів в Україні є імпортними) та загострення хронічних станів, так само як і появу нових захворювань у населення, що потребують медикаментозного лікування, СОЗ матиме дефіцит якісної фармацевтичної продукції. Проблему частково доведеться вирішувати самим громадянам, що негативно позначиться на їхньому рівні життя. Варто наголосити, що в низці громад досі не працює належним чином програма «Доступні ліки». Насамперед йдеться про деокуповані території Київщини, Чернігівщини, Сумщини та Житомирщини.

Продовжується міжнародна підтримка охорони здоров'я України. Згідно з інформацією Єврокомісії, до країн ЄС уже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів [4], а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. США. З початку повномасштабної війни на потреби СОЗ України перераховано понад 4 млрд грн. Водночас, за оцінками МОЗ, Україні для відбудови СОЗ знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [25].

Набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю українців. За заявами міністра охорони здоров'я, після завершення війни щонайменше 15 млн осіб потребуватимуть психологічної допомоги. Попри те, що держава наголошує на важливості реабілітації, зокрема психологічної, її доступність наразі є низькою. МОЗ надає інформацію про успішність

певних програм реабілітації Міноборони та Мінветеранів, тоді як загальнодержавної політики реабілітації досі не вироблено.

Успішній протидії викликам війни сприяє відносна автономізація закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих громад, з огляду на конкретну ситуацію на місцях. Наразі спостерігається поступове налагодження функціональності СОЗ в умовах ризиків війни, зумовлене наданням медичних послуг у повному обсязі в окремих регіонах України та відновленням медичної інфраструктури.

Подальші кроки належної роботи СОЗ полягатимуть у визначенні поточних та прогнозованих потреб у медичних послугах із відповідним перерозподілом ресурсів. Так, залишаються актуальними проблеми низького рівня вакцинації від низки інфекційних хвороб, зокрема кору, поліомієліту, а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні хвороби, у тому числі – на COVID-19. Разом із тим, наростають потреби в організації надання медичних послуг з лікування травм, спричинених бойовими діями.

Важливим аспектом відновлення є належний облік ресурсів з метою формування об'єктивного уявлення про стан ПУСОЗ. Зокрема це стосується налагодження цифровізації даних та медичної статистики. Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень.

Потужним інструментом ресурсного забезпечення СОЗ може стати згуртованість громадянського суспільства та волонтерська діяльність. Водночас відсутня координація цього ресурсу через брак вірогідної інформації про потреби СОЗ, що утруднює спрямування допомоги в регіони,

де вона найбільше потрібна. Зокрема це зумовлено тим, що Кабінет Міністрів України дозволив закладам охорони здоров'я не вести облік гуманітарної допомоги.

Потрібно переглянути тарифи на надання послуг СОЗ. Для прикладу, згідно із бюджетним запитом, тариф на пакет «реабілітація» з 01 січня 2023 р. закладено у 2,5 раза менший за актуальний, при цьому підстав очікувати зниження компонентів його собівартості немає. Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей заохочення приватного бізнесу в медицині після завершення війни, зокрема – на деокупованих територіях.

1. Попри значне навантаження на систему охорони здоров'я на заході України, куди приїхало чимало вимушено переміщених осіб (ВПО), лікарні впоралися. Управлінці швидко зреагували, а система проявила гнучкість. Головне – вдалося зберегти безоплатну медичну допомогу для усіх пацієнтів.

2. Пацієнти, які вимушено змінили місце проживання, можуть отримати медичну допомогу лікаря у будь-якому регіоні України без підписання декларації. Зробити це можна у порядку живої черги.

3. Відбувся незначний відтік кадрів серед медичних працівників. Переважно їдуть за кордон на роботу молодший та середній персонал, менше — лікарі. Особливо така тенденція поширена серед працівників охорони здоров'я, які володіють іноземними мовами. Але їхні місця зайняли вимушено переміщені медики, як у великих містах, так і в містечках.

4. Значно зросла потреба у консультації психолога, особливо для ВПО. Ймовірно, надалі попит на цю послугу буде зростати, тому це завдання для керівників лікарень, які вже мають замислюватися над доцільністю її впровадження.

5. Медичні заклади у перші дні повномасштабної війни зіштовхнулися з проблемами постачання чи дефіциту медичних препаратів, виробів медичного призначення, які закупували у регіонах, де велися активні бойові дії. На допомогу прийшли гуманітарні та громадські організації,

іноземні партнери та звичайні українці, які перебувають за кордоном. Наразі проблема із доставкою медичних препаратів на захід України стабілізувалася, але лікарні готуються до різних сценаріїв та формують запаси.

6. Постійна й конструктивна комунікація усіх ланок медичної допомоги допоможе медикам та управлінцям приймати ефективні рішення, ділитися досвідом та визначити план дій лікарів на кожній точці маршруту пацієнта.

Важливу роль зіграли комунікації між лікарем і пацієнтом, між самими медиками та колегами з інших країн. Комунікація між медичними закладами, що працюють в різних регіонах, сьогодні ще важливіша, ніж це було раніше. Адже медики заходу України, перебуваючи у відносній безпеці, повинні допомагати лікарням сходу, півночі та півдня. «Комунікація у медичній сфері – це річ, яка потребує оновлення, постійно треба вчити працівників і пояснювати для чого це потрібно. Скарги, які поступають до нас щодо медичних установ, вони й надалі у 90% випадків стосуються комунікації. Відповідно, де пацієнт міг отримати цю комунікацію, як вона побудована, де медична послуга була пріоритизована, коли людина приїжджає в регіон і їй пояснюють, де отримати й медицину – там було все краще.

Прикладом виступає запровадження досвіду й інструментів мобільної медичної допомоги на рівні держави та регіонів. Потреба в такій допомозі виникла з початком повномасштабної війни, коли пацієнти залишилися без доступу до життєво необхідних ліків та медичної допомоги. Дослідження, яке у квітні провів проєкт «Діємо для здоров'я» серед людей з неінфекційними захворюваннями (НІЗ) у 5 областях України, свідчило, що серед тих, хто приймає ліки від хронічних захворювань, лише 39% змогли купити або отримати всі потрібні медикаменти. 73% опитаних зазначали про погіршення стану свого психічного здоров'я порівняно з довоєнним періодом.

Мобільні команди «Діємо для здоров'я» допомагали вчасно виявляти, безперервно та якісно лікувати уразливі групи населення, серед яких маломобільні люди і внутрішньо переміщені особи з НІЗ (серцево-судинні, легеневі й онкологічні захворювання, а також цукровий діабет). Перші результати проєкту показали гостру потребу людей з НІЗ у медичній допомозі, зокрема в діагностичних процедурах. За останніми даними, 40% пацієнтів, яким надали медичну допомогу, мали артеріальну гіпертензію, 38% – серцево-судинні захворювання, а 12% – цукровий діабет 2 типу. 75% людей, які приходили до лікарів, – жінки, >70% – це люди віком від 50 років. Для збору цих даних команда проєкту розробила спеціальний застосунок, який працює навіть без доступу до Інтернету, що спрощує внесення даних та відстежування інформації щодо роботи мобільних команд. Це дуже зручна, проста, але ефективна технологія, яку можуть використовувати мобільні команди інших організацій, і є запити від інших проєктів щодо поширення цього інструменту».

Особливим механізмом публічного управління у сфері охорони здоров'я виступив Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації у період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 17 вересня 2022 року № 1695. Порядок визначає механізм організації та забезпечення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації, який поширюється на заклади охорони здоров'я (незалежно від форми власності та підпорядкування) та фізичних осіб – підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (далі – суб'єкти господарювання) у період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях та протягом шести місяців після його припинення чи скасування.

Дія цього Порядку поширюється на телемедичні та телереабілітаційні платформи (системи), інформаційно-комунікаційні системи, сервіси

телевідеоконсультації, телеметричні та телерадіологічні апаратно-програмні рішення діагностики стану здоров'я людини, програмно-апаратні комплекси, мобільні діагностичні комплекси, які використовуються при наданні медичної допомоги та реабілітації в сфері охорони здоров'я. Порядок визначив, що телемедична (телереабілітаційна) платформа (система) – автоматизована інформаційно-аналітична (комунікаційна) система, що використовується для електронного обміну інформацією, медичними даними, діагностичними дослідженнями для проведення телемедичного (телереабілітаційного) консультування та взаємодії медичних працівників і пацієнтів; телереабілітація – комплекс реабілітаційних вправ і навчальних програм, які виконуються пацієнтом дистанційно та контролюються за допомогою телекомунікаційних комп'ютерних технологій переважно на амбулаторному етапі лікування;

Метою цього Порядку є забезпечення населення в умовах воєнного стану медичною допомогою із застосуванням телемедицини, реабілітаційною допомогою із застосуванням телереабілітації належної якості шляхом надання рівного доступу до зазначених послуг. Завданнями надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації у період дії воєнного стану були визначені:

1) підвищення якості, безпечності, доступності медичних послуг та реабілітаційної допомоги для населення України, особливо для пацієнтів, які потребують дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії;

2) об'єднання в єдиний телемедичний простір медичних працівників та закладів охорони здоров'я з метою надання медичної допомоги пацієнтові в будь-якому місці його перебування;

3) надання допомоги лікарям (медичним працівникам), що працюють у медичних пунктах тимчасового базування, а також тим, місце провадження діяльності яких знаходиться в межах територій територіальних

громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або перебувають у тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні).

4) накопичення та передавання знань та досвіду лікарів, фахівців з реабілітації, працівників кафедр медичних закладів вищої освіти і наукових установ,

5) іноземних лікарів та іноземних працівників кафедр медичних закладів вищої освіти і наукових установ;

6) надання необхідного і достатнього набору інструментів та функцій для вирішення завдань діагностики, лікування і реабілітації хворих, навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, а також обробки та зберігання медичної інформації для прийняття управлінських рішень;

7) скорочення строків тимчасової непрацездатності пацієнтів;

8) оптимізація витрат на охорону здоров'я за рахунок кращого використання наявних технічних, кадрових та фінансових ресурсів, ефективного надання медичної допомоги та зменшення кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш витратного лікування.

9) Принципами надання медичної допомоги у цій сфері було визначено:

10) пацієнтоцентричності, що враховує індивідуальні потреби пацієнта, якому ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням його права на вільний вибір лікаря;

11) доступності та своєчасності, що розширює доступ населення до медичної допомоги, в тому числі для мешканців віддалених територіальних громад, осіб з обмеженими фізичними можливостями та хронічними захворюваннями, внутрішньо переміщених осіб та громадян, які в умовах війни виїхали за кордон, керуючись принципом, що кожен повинен мати доступ до безпечної, якісної медичної допомоги в будь-якому місці його перебування;

12) якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що полягає у зменшенні можливості виникнення медичних помилок та

досягненні найкращих результатів на основі використання наукових знань та принципів сучасної медицини, за рахунок залучення до надання медичної допомоги високоспеціалізованих фахівців;

13) безпечності, що полягає в наданні допомоги у спосіб, який мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, в тому числі тієї, якій можна запобігти;

14) економічної ефективності, за рахунок кращого використання наявних технічних, кадрових та фінансових ресурсів, ефективного надання медичної допомоги та зменшення кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш витратного лікування.

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини здійснюється шляхом телемедичного консультування, телемедичного консилиуму, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій. Медична допомога із застосуванням телемедицини, реабілітаційна допомога із застосуванням телереабілітації надаються безпосередньо лікарем (медичним працівником) відповідно до його кваліфікації. Медичні послуги з використанням телемедичних платформ (систем) можуть надаватися іншими медичними працівниками самостійно, спільно або під керівництвом або за призначенням лікаря відповідно до рівня кваліфікації в формі медичних консилиумів або групою лікарів.

Заклади охорони здоров'я, які надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини, реабілітаційну допомогу із застосуванням телереабілітації, а також медичні працівники, які проводять телемедичне (телереабілітаційне) консультування, мають бути підключені та зареєстровані в телемедичних платформах (системах). Для організації надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації заклади охорони здоров'я визначають відповідальних осіб, які здійснюють збір та формування необхідної інформації, для використання телемедичних платформ (систем) та надають доступ для лікарів чи медичних працівників, які беруть участь у

проведенні телемедичного (телереабілітаційного) консультування, до таких платформ (систем).

Медична допомога із застосуванням телемедицини, реабілітаційна допомога із застосуванням телереабілітації здійснюються закладами охорони здоров'я шляхом обміну медичною інформацією з використанням засобів дистанційного зв'язку в електронній формі:

1. у режимі реального часу (синхронного) консультування, яке вимагає одночасної присутності обох сторін і зв'язку між ними, що дозволяє взаємодіяти двостороннім аудіовізуальним зв'язком між пацієнтом-лікарем(ями), лікарем-лікарем(ями);

2. у режимі відкладеного (асинхронного) консультування, яке передбачає передачу медичних, діагностичних даних лікарю або медичному працівнику, в зручний для нього час, для оцінки в автономному режимі, та подальшого надання рекомендацій щодо лікування/реабілітації;

3. у режимі віддаленого моніторингу – для спостереження (з використанням додаткових пристроїв, датчиків, тощо) за хворими із хронічними захворюваннями, яким вже встановлено діагноз і призначено лікування, а саме отримання інформації про стан здоров'я пацієнта, а також контролю фізіологічних параметрів організму людини шляхом дистанційного вимірювання, збору і передачі інформації про показники діяльності та фізіологічні параметри організму пацієнта за допомогою програмно-апаратних комплексів (з використанням спеціалізованих пристроїв, датчиків, тощо), які забезпечують надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації заклади охорони здоров'я.

При наданні медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації заклади охорони здоров'я можуть утворювати групи лікарів для координації надання таких послуг, забезпечення безперервності їх надання, раціонального та ефективного використання ресурсів. Лікар (медичний працівник) з надання

медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта на підставах, визначених частиною третьою статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

У разі виникнення невідкладного стану при гострому розладі фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого пацієнт потребує екстреної або спеціалізованої медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем в момент надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації, лікар повинен викликати за можливості бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги. Про кожен випадок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації лікар або інший медичний працівник робить медичний запис про медичний огляд, надання консультації або лікування відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

Серед характерних ознак сучасної реформи публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах респонсивності є формалізація медичної послуги, що:

- 1) задовольняє потребу особи в медичній допомозі з метою охорони та зміцнення її здоров'я;

- 2) демонструє невизначеність своєї необхідності, оскільки та чи інша медична допомога стає потрібною в разі погіршення стану здоров'я, а тому споживач не може знати завчасно, коли і в якому обсязі йому знадобиться медична послуга;

- 3) пролонгованість медичної послуги в часі – у цілому різноманітні медичні послуги охоплюють все життя людини, тому в їх наданні беруть

участь медичні працівники різного профілю в різний час; необхідно також враховувати, що в кожному конкретному випадку не існує чіткого уявлення про терміни появи результату, необхідності додаткових досліджень, а проміжок часу між завершенням послуги та настанням очікуваного результату може виявитись доволі великим;

4) індивідуальність, несталість та суб'єктивна оцінка якості – якість медичних послуг формується шляхом поєднання та узгодження очікувань пацієнтів із наслідками їх реального споживання, тому оцінка якості послуги є досить суб'єктивною; крім того, необхідно враховувати, що одна і та ж сама медична послуга може дати зовсім протилежний ефект у різних людей;

5) комплексність медичної послуги, адже послуги у сфері охорони здоров'я часто мають складну структуру, тобто включають в себе декілька «простих» послуг і є результатом діяльності декількох категорій медичних працівників;

6) метою завжди виступає вплив на здоров'я пацієнта, який носить нематеріальний характер, але обов'язково тягне за собою матеріальні зміни в організмі людини;

7) мають публічний характер та надаються усім особам, які звертаються за їх отриманням;

8) не підлягає повній стандартизації, тому що не можна заздалегідь передбачити всі фактори (вік пацієнта, давність хвороби тощо);

9) підвищені вимоги з боку держави, зокрема, до суб'єкта їх надання (наприклад, суб'єкт надання медичних послуг повинен відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, мати ліцензію на заняття медичною практикою, проходити акредитацію).

Таким чином, медична допомога – це вид професійної діяльності, який включає сукупність заходів, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію, з метою збереження, зміцнення, розвитку та, у разі порушення, що здійснюється медичними працівниками, які мають на це право згідно з чинним законодавством.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ

3.1. Міжнародно-правові стандарти права на охорону здоров'я

Зараз, як ніколи, важливе не тільки визнання і закріплення міжнародно-правових норм, але і фактична їх реалізація у національних правопорядках кожної держави. Це дослідження полягає в тому, щоб здійснити систематизацію підходів, конкретних стандартів права на охорону здоров'я, які існують в різних міжнародно-правових актах, на цій основі окреслити сучасний стан забезпеченості права, а також визначити певні проблеми його реалізації, охорони і захисту. Саме тому від уніфікованості міжнародно-правових стандартів права на охорону здоров'я значною мірою залежить як ефективність міжнародно-правових гарантій даного права, так і відповідних національних гарантій даного права, стабільність міжнародно-правового регулювання відносин у цій сфері.

На даному етапі, коли проблема прав людини вийшла далеко за межі однієї держави, з'явилася нагальна проблема у створенні універсальних міжнародно-правових стандартів, які є визнаними і реалізуються фактично у всьому світовому співтоваристві. Ці міжнародно-правові стандарти відображені у низці важливих міжнародних нормативно-правових актів, що встановили загальнолюдські стандарти прав та свобод людини, визначивши рамки, в яких повинна діяти кожна держава.

Законодавство у галузі охорони здоров'я потребує постійного оновлення, необхідним є створення нової нормативно-правової бази відповідно до сучасних суспільних відносин, що складаються в Україні, та з урахуванням стандартів ЄС, оскільки багато медичних правових аспектів України не відповідає міжнародним вимогам.

Погоджуємось, що доцільно визначити поняття міжнародно-правових стандартів у сфері прав людини і їх значення для внутрішньодержавного права. Міжнародний стандарт обов'язково виражається у міжнародно-правових нормах, які розвивають і конкретизують принципи поваги до людини не лише у сфері охорони здоров'я (тобто права пацієнтів, діяльність медичних працівників тощо), але також і в інших сферах життєдіяльності.

Стандарт у широкому розумінні – це зразок, еталон, модель, що приймається за вихідний для порівняння з ним інших об'єктів. Стандарт – це визначення очікуваної (отримуваної) якості, утверджена модель, яка є основою процесу оцінки, документ, що складений у результаті консенсусу спеціалістів, схвалений спеціалізованою організацією і спрямований на досягнення оптимального ступеню впорядкованості у даній сфері.

На думку вчених, поняття міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я – це зафіксовані міжнародно-правовими актами принципи й норми, які визначають зміни й обсяг прав людини і слугують юридичними нормами для національної політики у цій сфері [26, с. 126].

На нашу думку, міжнародно-правові стандарти з права на охорону здоров'я – це зафіксовані міжнародно-правовими актами принципи й норми, які визначають обсяг можливостей людини у сфері охорони здоров'я і відповідних зобов'язань для держави з метою належної реалізації даного права з відповідними національними і міжнародними гарантіями. Виходячи з цього, основними об'єктами стандартизації в охороні здоров'я є: права і обов'язки населення і медичних працівників, медична інформація і звітність, управління та організація охорони здоров'я, кадри, освіта, лікарські засоби, медичні послуги та ін.

Слід визначити основні ознаки стандартів у сфері охорони здоров'я, з-поміж яких:

- обґрунтованість з наукової, практичної і технічної точки зору;
- -реальність, тобто визначеність обсягу медичної допомоги, конкретність вимог до якості медичного обслуговування з урахуванням

реального стану галузі, а саме фінансового і кадрового забезпечення, матеріального-технічного ресурсу, освітнього рівня фахівців тощо;

– надійність, тобто відповідність принципам науково обґрунтованої медичної практики і узгодженість з думкою більшості висококваліфікованих лікарів;

– чіткість, конкретність і зрозумілість визначень;

– актуальність, якої можна досягти шляхом періодичного аналізу та перегляду раніше встановлених стандартів, вироблення механізму забезпечення або стимулювання виконання чинних стандартів [26, с. 16].

У свою чергу, основною метою для розробки стандартів в охороні здоров'я, є:

- 1) охорона і зміцнення здоров'я населення;
- 2) захист прав людини (зокрема, пацієнта та ін.);
- 3) поліпшення якості життя суспільства за допомогою вдосконалення діяльності служб охорони здоров'я;
- 4) розробка законів у сфері охорони здоров'я;
- 5) забезпечення соціального прогресу тощо.

Зараз міжнародне право характеризується наявністю системи актів у сфері прав людини, що складають міжнародно-правову систему захисту прав людини. Як вже зазначалося, до основних джерел, які визначають міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, відносять документи, прийняті Організацією Об'єднаних Націй, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці, Радою Європи і Європейським Союзом, Всесвітньою і Європейською медичними асоціаціями.

В. Москаленко виділив три рівні закріплення права на охорону здоров'я:

- універсальний,
- регіональний,
- спеціалізований [27, с. 7].

Так, універсальні нормативно-правові акти мають, здебільшого, декларативний характер і виступають як рекомендації для світової спільноти. До них відносяться Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Декларація про права інвалідів, Декларація про права розумово відсталих осіб тощо. Вказані документи покладають юридичні обов'язки на держав-учасниць щодо вжиття необхідних законодавчих і адміністративних заходів для здійснення закріплених у них прав. Держави, які визнали дані Пакти і декларації частиною національного законодавства, зобов'язані забезпечити соціально-економічні і культурні права для своїх громадян хоча б у мінімальній мірі, незалежно від рівня економічного розвитку. Універсальний рівень закріплення права на охорону здоров'я є важливою гарантією визнання світовим співтовариством даного права і накладає на держави зобов'язання щодо використання механізмів його забезпечення.

Нормативно-правові акти регіонального рівня є обов'язковими для країн-учасниць відповідних організацій. Виходячи з традицій, особливостей, рівня розвитку певної групи країн, вказані регіональні правові стандарти можуть бути більш широкими чи більш конкретними, порівняно з універсальними, а також повинні мати свій механізм реалізації тощо.

Прикладом нормативно-правових актів регіонального рівня є документи, прийняті Радою Європи, зокрема, Європейська соціальна хартія, а також Європейським Союзом, зокрема його установчі договори.

Третій рівень міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я включає спеціалізовані, прийняті спеціально створеною організацією документи. До них відносяться, зокрема, конвенції і рекомендації Міжнародної організації праці, які стосуються медичної допомоги, допомоги при хворобі, праці дітей, матерів, інвалідів. Метою цих документів є класифікація працівників за певними категоріями і визначення стандартів трудової діяльності, які не впливають негативно на здоров'я [27, с. 7].

Отже, міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я закріплюються у міжнародно-правових актах, котрі в свою чергу поділяються на акти загальнообов'язкової юридичної сили (для їх сторін) та акти рекомендаційного характеру. Вони можуть знаходити своє соромлення на рівні загальносвітових (універсальних) та регіональних міжнародно-правових актів.

Питання міжнародно-правової охорони і захисту здоров'я і прав людини є тісно взаємопов'язаними. Власне зі здоров'ям і правом на охорону здоров'я пов'язані соціальні, економічні, культурні, політичні та інші відносини, інструменти тощо. Так само, коли ми прагнемо реалізувати чи в інший спосіб забезпечити своє право на охорону здоров'я, ми також реалізуємо низку інших прав людини та громадянина.

Найчастіше термін «право на здоров'я» використовується у міжнародно-правових актах. Як вони зазначають, даний термін допомагає усвідомити, що він містить не лише право на охорону здоров'я, але й право на ряд умов, у тому числі і соціально-економічних, без яких здоров'я є неможливим. Разом з тим, як підкреслюють науковці, в останні десятиліття в міжнародно-правових актах і відповідно у національному законодавстві частіше застосовується поняття «право на охорону здоров'я». Це відноситься до таких документів як Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, Конвенція про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок, Конвенція про права дитини, Європейська соціальна хартія, Хартія основних прав Європейського Союзу та інші, а також до конституцій окремих держав. Ми вважаємо за потребу використання більш широкого терміну право на охорону здоров'я людини.

Створення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) було головною подією у питаннях формування ефективного правового поля з питань охорони здоров'я. Її Статут прийнято 7 квітня 1948 р. з метою у тому числі регламентації права на здоров'я та принципів, які є обов'язковими для дотримання державами-членами. Тут зазначено, що доступність найвищих

можливих стандартів здоров'я є невід'ємним правом кожної людини, незалежно від раси, віросповідання, політичних переконань, матеріального або соціального статусу в суспільстві. Так, будь-яка нерівність є загрозою усьому світовому співтовариству, а здоров'я є суттєвим чинником дотримання основних прав людини і є гарантом особистої та державної безпеки. Також підкреслено відповідальність країн-членів ВООЗ за недотримання та не забезпечення здоров'я своїх громадян та її охорону [28].

Важливим є момент, що даний документ був створений після Другої світової війни, коли велися роботи задля досягнення загального миру, поліпшення здоров'я та якості життя.

Саме ця організація прийняла численні міжнародні документи, зокрема, Міжнародний кодекс медичної етики (1983), Декларацію з прав людини та особистої свободи медичних працівників (1985), Декларацію стосовно незалежності і професійної свободи лікаря (1986 р.), Декларацію стосовно евтаназії (1987), Хельсинську декларацію; Рекомендації для лікарів, які проводять біомедичні дослідження на людині (1964), Декларацію стосовно трансплантації людських органів (1987), Заяву про торгівлю живими органами (1985), Рекомендації з надання медичної допомоги у сільській місцевості (1983), Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я (1983), Заяву про використання психотропних засобів і зловживання ними (1983), Заяву про політику у сфері охорони здоров'я дітей (1987), Заяву про доступність медичної допомоги (1988), Декларацію про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих (1990), Заяву про політику у сфері лікування смертельно хворих пацієнтів, які відчувають хронічний біль (1990) та інші.

Надалі зміст Статуту ВООЗ став своєрідним основоположним для інших документів у сфері охорони здоров'я. У статті 25 Загальної декларації прав людини вказується, що кожна людина має право на такий рівень життя, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для забезпечення здоров'я і добробуту її

самої та її сім'ї, а також право на забезпечення у разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від людини обставини [50].

Однак, право на охорону здоров'я відповідно до зазначених статей трансформувалося в поняття права на медичний догляд і права на випадок забезпечення при хворобі та інвалідності, що свідчить про вузьке тлумачення. Варто зазначити, що це фактично найважливіший міжнародний документ з прав людини, що прийнятий ООН. Саме ООН зробила внесок у процес регулювання, становлення та закріплення права на охорону здоров'я.

Схожі норми зазначаються у Європейській конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р., зокрема, у статтях 2, 3, 4. Так, у статті 2 передбачено, що право кожного на життя охороняється законом. Нікого не може бути умисно позбавлено життя інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання. У статті 3 зазначається, що нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню. Та у статті 4 закріплено, що нікого не можна тримати в рабстві або в підневільному стані та ніхто не може бути присилуваний виконувати примусову чи обов'язкову працю [30].

Отже, загалом питання міжнародно-правових стандартів стосуються забезпечення здоров'я, права на охорону здоров'я, а також захисту від умисного позбавлення життя, заборони піддавати катуванню або нелюдському поводженню, що принижує гідність, а також заборони рабства тощо.

Європейська соціальна хартія, прийнята Радою Європи та ратифікована Україною у 2006 році. У її ст. 11 зазначається про «право на охорону здоров'я», а саме про забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я. Сторони зобов'язалися самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб усунути, у міру можливості, причини слабкого здоров'я;

забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності у питаннях здоров'я; запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам. [31]

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

Цей документ є фундаментальним для визначення права на охорону здоров'я в європейських країнах. Саме він проголошує забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я, а також засоби для підвищення рівня здоров'я. Але існує низка інших документів, котрі зафіксували дане право для окремих верств населення, зокрема жінок, дітей, біженців, іноземних робітників, представників національних меншин, ув'язнених, розумово відсталих та інвалідів та ін.

Франсуа Ксав'є наголошував на розробленій у 2002 році Європейській хартії прав пацієнтів, у якій чітко і вичерпно витлумачені права пацієнтів. Цей документ став правовою основою руху в Європі, метою якого було залучення пацієнтів до більш активної ролі у творенні та впровадженні послуг з охорони здоров'я. На жаль, Хартія має лише рекомендаційний характер [142, с. 32].

Також важливими документами у цій сфері є Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права та Міжнародний пакт про

громадянські і політичні права. Саме у статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права містяться зобов'язання відносно забезпечення права на здоров'я. У цій статті визначається право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я та зазначені засоби його впровадження, що безпосередньо пов'язано із реалізацією права на охорону здоров'я. До таких заходів Пакту відносять:

- 1) забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини;
- 2) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці у промисловості;
- 3) запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними;
- 4) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [156].

Міжнародний пакт про громадянські і політичні права не містить безпосереднього закріплення права на охорону здоров'я. Це право розглядається похідним від права на життя як невід'ємного права кожної людини, що закріплене у ст.6 Пакту, через норму ст. 7, яка містить заборону катувань, жорстокого, нелюдського поводження чи покарання, а також заборону, що відображена у ст. 17 Пакту, свавільного чи незаконного втручання в особисте і сімейне життя людини, свавільних чи незаконних посягань на недоторканність її життя та інші. [34]

Аналіз міжнародно-правових актів дає можливість зробити висновок, що права людини на охорону здоров'я включає такі можливості:

- 1) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я (ст. 25 Загальної Декларації прав людини; п. 1 ст. 11 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; п. «с» ст. 24 Конвенції про права дитини);
- 2) заборона катування чи жорстокого, нелюдського або принижуючого

гідність поводження чи покарання, зокрема, особу не може бути без її вільної згоди піддано медичним чи науковим дослідом (ст. 7 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, ст. 5 Загальної Декларації прав людини; ст. 3¹ Конвенції про захист прав людини та основних свобод);

3) зниження рівня мертвонароджуваності та дитячої смертності й здорового розвитку дитини (п. «а» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; п. «а» ст. 24 Конвенції про права дитини);

4) покращення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці у промисловості (п. «б» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; п. «е» ст. 24 Конвенції про права дитини);

5) запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьба з ними (п. «с» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; п. 1, 3 ст. 11 Європейської соціальної хартії);

6) медична допомога (п. «д» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; ч. 1 ст. 24 Конвенції про права дитини; ст. 13 Європейської соціальної хартії);

7) консультативні і просвітницькі послуги (п. «і» ст. 24 Конвенції про права дитини; п. 2 ст. 11 Європейської соціальної хартії);

8) справедливі й сприятливі, безпечні та здорові умови праці (ст. 23 Загальної Декларації прав людини; ст. 7 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; ст. ст. 2, 3 Європейської соціальної хартії);

9) охорона материнства (п. 2 ст. 10 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; п. «д» ст. 24 Конвенції про права дитини; ст. ст. 8, 17 Європейської соціальної хартії);

10) захист дітей і молоді у сфері охорони здоров'я (п. 3 ст.10 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права; ст. 24 Конвенції про права дитини; стст. 7, 17 Європейської соціальної хартії). [35, с. 104]

На нашу думку, відповідні міжнародно-правові акти всебічно забезпечують реалізацію особою свого права на охорону здоров'я. Отже, усі права і свободи людини взаємозв'язані та утворюють невід'ємну частину міжнародного права. На кожну державу-учасницю покладено відповідні юридичні обов'язки. Все це створено для забезпечення соціально-економічних й культурних прав людини.

Існують також міжнародні документи спеціального характеру. Так, Конвенція про права дитини, яка прийнята ООН у 1989 р., у ст.24 закріплює право дитини на користування найдосконалішими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб та відновленням здоров'я [175]. Окрім цього, у статті передбачено заходи, яких повинні вживати держави-учасниці для повного здійснення цього права, зокрема:

- 1) знижувати рівень смертності немовлят і дитячої смертності;
- 2) забезпечувати надання необхідної медичної допомоги і охорони здоров'я всіх дітей, з приділяючи першочергову увагу розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- 3) боротися з хворобами і недоїданням, у тому числі в рамках первинної медико-санітарної допомоги;
- 4) надавати матерям належні послуги з охорони здоров'я у допологовий і післяпологовий періоди;
- 5) забезпечувати знаннями всі прошарки суспільства, зокрема батьків і дітей, про здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування немовлят про основи гігієни, санітарії середовища перебування дитини; про запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та їх підтримки у використанні цих знань;
- б) розвивати просвітницьку роботу і послуги у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї.

У Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, прийнятій 1979 р., закріплено право жінок на охорону здоров'я. У ній проголошено, що держави-учасниці вживають заходів для ліквідації

дискримінації стосовно жінок у сфері охорони здоров'я для забезпечення на основі рівності чоловіків і жінок доступу до медичного обслуговування, у тому числі. щодо планування розміру сім'ї [168]. Держави зобов'язані забезпечити жінкам відповідне обслуговування в період вагітності, пологів і післяпологового періоду, надаючи безоплатні послуги, а також відповідне заохочування в період вагітності і вигодовування дитини.

У Конвенції про захист прав іноземних робітників і членів їх сімей 1990 р. у статті 28 врегульовано, що іноземні робітники і члени їх сімей повинні мати право на отримання будь якої медичної допомоги, необхідної для їхнього життя [38]. Вони також повинні мати право на захист від невикористаної шкоди для здоров'я та їм не повинно бути відмовлено в терміновій медичній допомозі».

Можна зустріти у науковій літературі позицію, згідно з якою дуже важливими є документи, які визначають етичні норми і правила поведінки лікаря: Заява про свободу контактів між лікарями (1984), Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря (1986), Заява про підготовку медичних кадрів (1986), Заява про недбале ставлення лікарів до своїх обов'язків (1992), Заява з питань медичної етики в період катастроф (1994), Мадридська декларація про професійну автономію і самоуправління лікарів (1987), Заява про професійну відповідальність за якість медичного обслуговування (1996), Міжнародна клятва лікарів (Женевська декларація, 1948) та інші.

Також конвенції Міжнародної організації праці передбачають стандарти, які тією чи іншою мірою стосуються охорони здоров'я. Наприклад, ст.10 Конвенції 1952 р. №102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення здоров'я» визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають бути надані, у тому числі і за рахунок страхування. Відповідно до ст.13 Конвенції 1969 р. №130 «Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням» громадян кожної з країн, що ратифікували цей документ, повинні одержувати принаймні такі види медичної допомоги: загальну

лікарняну допомогу, зокрема допомогу на дому; допомогу, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим, і допомогу спеціалістів, яка може бути надана за межами лікарні; відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; госпіталізацію у випадку потреби; стоматологічну допомогу, якщо це передбачено національним законодавством; медичну реабілітацію, у тому числі надання, ремонт і заміну протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством.

У контексті нашого дослідження слід згадати також відповідні положення установчих та інших договорів, прийнятих на рівні Європейського Союзу в даній сфері.

Зокрема, у Договорі про заснування ЄС [44] у ст.152 визначено, що високий рівень охорони здоров'я людей повинен забезпечуватись при визначенні та здійсненні всіх видів діяльності співтовариства. При цьому дії ЄС лише доповнюють національну політику держав у сфері охорони здоров'я.

Лісабонський договір ЄС [39] містить доволі багато норм про охорону здоров'я. Тут йдеться про зміцнення демократії та кращий захист основних прав, що базуються на трьох основних принципах: демократична рівність, представницька демократія та демократична участь для захисту основоположних прав людини, до яких належить і право на охорону здоров'я.

Отже, міжнародно-правове регулювання права на охорону здоров'я підкреслює відносини рівності і свободи всіх учасників даних відносин, відіграючи велику роль у досягненні основних цілей соціальної політики. Саме від нього залежить тривалість та якість життя.

Сьогодні досліджувані міжнародні стандарти в економічних умовах України дуже складно реалізувати. Досвід західноєвропейських країн, їх високий рівень соціальних стандартів, забезпечені матеріально-фінансовими ресурсами, звісно, не можуть бути повністю перенесені на український ґрунт,

без адаптації до наших традицій та реалій сьогодення. Західні моделі не можуть бути застосовані в українському суспільстві без урахування наявної матеріально- фінансової основи, менталітету нашого народу, його традицій, культури. І, звичайно, щоб мати можливість реалізувати існуючі права і свободи людини та громадянина, включаючи, соціальні і культурні права, закріплені на рівні міжнародно-правових стандартів, у тому числі і права на охорону здоров'я важливим є їх відображення на конституційному та іншому законодавчому рівні держав.

Йдеться, безумовно, про механізми імплементації міжнародно-правових стандартів у сфері права на охорону здоров'я на національному рівні, без неї такі стандарти залишатимуться, на наш погляд, фактично деклараціями, без належних механізмів реалізації, втілення у життя.

Реалізація проголошеного Україною курсу на більш повне входження у світове співтовариство, інтеграція у європейські структури неможливі без забезпечення ефективного процесу імплементації норм міжнародного права у національному законодавстві, його гармонізації з відповідними стандартами та вимогами. Шлях до реальної інтеграції України в європейське і світове співтовариство лежить через демократію, через захист і реалізацію прав та свобод людини. Для реалізації прав людини необхідно щонайменше прийняти національне законодавство, що забезпечувало б повагу і захист міжнародно визнаних прав людини [40, с. 11].

Наразі особливістю правової реформи в Україні є впровадження міжнародно-правових норм у правову систему нашої держави. Саме тому якісно адаптувати нормативно-правову базу України у сфері охорони здоров'я є надзвичайно актуальним і важливим.

Як зазначає В. Москаленко, законодавство у галузі охорони здоров'я потребує постійного оновлення, необхідним є створення нової нормативно-правової бази відповідно до сучасних суспільних відносин, що складаються в Україні, та з урахуванням стандартів ЄС, оскільки багато медичних правових аспектів України не відповідає міжнародним вимогам [123, с. 4].

Отже, можна підсумувати, що міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я – це ті основоположні засади, що втілені у міжнародно-правових нормах і принципах, відповідних актах, і визначають зміст та обсяг прав людини у сфері охорони здоров'я. Сьогодні норми міжнародного права у сфері охорони здоров'я не лише зобов'язують держав забезпечити закріплення у міжнародних угодах основні права і свободи людини, а також актах національного законодавства у даній сфері, але надають особі право вимагати від держави виконання її міжнародних зобов'язань.

3.2. Публічно-правове регулювання управління у сфері охорони здоров'я в європейських країнах та висновки для України

Основним напрямком державної політики в реформуванні суспільних відносин, удосконаленні їх правового регулювання, зокрема в Україні, є європейська інтеграція, тобто запровадження європейських міжнародно-правових стандартів у всіх сферах суспільного життя. Саме тому ми маємо вивчати зарубіжний досвід країн ЄС у цьому напрямі-у сфері охорони здоров'я. Згадані стандарти зафіксують принципи, гарантії норми, які визначають обсяг прав людини, зокрема права на охорону здоров'я.

Важливими документами у досліджуваній сфері для країн ЄС є міжнародно-правові акти, розроблені та прийняті як у межах такої міжнародної міжурядової організації як Ради Європи, так і власне у межах Європейського Союзу.

При цьому кожна країна визначає умови реалізації права на охорону здоров'я, відповідно до яких люди мають бути здоровими, саме держава бере на себе зобов'язання по контролю та охороні даного права. Цікавим є те, що члени ЄС, користуються прямим доступом до медичної допомоги в будь-якій країні ЄС, при наявності Європейської картки медичного страхування та документом, що посвідчує особу.

Окремі країни ЄС не мають відповідної норми щодо охорони здоров'я у своїх конституціях. Але не закріплення даного питання на конституційному рівні принципово не впливає на реалізацію права на охорону здоров'я. Цікавим є те, що такі країни не характеризуються наявністю схожих актів, приймалися їх конституції в різний час тощо.

Отже, серед держав, які не закріпили право на охорону здоров'я в своїх конституціях, є Англія, Ірландія, Латвія, Мальта, Кіпр, Німеччина, Данія, Швеція та Франції. У Великій Британії 2012 році був прийнятий новий закон про охорону здоров'я та соціальний захист. Цей закон передбачив масштабну реорганізацію структури Національної служби охорони здоров'я в Англії, що збереглась на сьогоднішній день. Він вилучив відповідальність за здоров'я громадян з Державного секретаря з питань охорони здоров'я, що діяв з 1948 р. Було скасовано основні довірчі установи з охорони здоров'я та стратегічні санітарні установи, передавши від 60 мільярдів фунтів стерлінгів з фондів охорони здоров'я до декількох сотень «клінічних груп введення», частково керованих загальними установами в Англії, але основним пунктом доступу для приватних постачальників послуг. 1 квітня 2013 року було створено нове виконавче агентство Міністерства охорони здоров'я Сполученого Королівства (СК) [42].

Таким чином, ключовими можна відзначити такі позиції розвитку законодавства СК у сфері охорони здоров'я та права на охорону здоров'я, участі держави у цій сфері:

1. Служба охорони здоров'я виконує обов'язки державного секретаря з питань охорони здоров'я та створюється нова процедура її призначення.

2. Визначення напрямів співпраці органів, що опікуються громадським здоров'ям.

3. Регулювання медичних послуг та догляду за дорослими, питання конкуренції, ліцензування, ціноутворення, спеціальне управління у сфері охорони здоров'я та фінансова допомога у спеціальних адміністративних

справах.

4. Залучення громадськості та місцевого самоврядування до нагляду за системою охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівнях.

5. Надання послуг первинної медичної допомоги.

6. Регулювання статусу працівників сфери охорони здоров'я та соціальної допомоги для них.

7. Створення Національного інституту здоров'я та догляду.

8. Поширення інформації, що стосується послуг зі здорового та соціального обслуговування дорослих.

9. Скасування деяких державних органів, наприклад, Комісії з призначення посадових осіб, Національного агентства з безпеки пацієнтів, Ради з питань освіти та досліджень питань алкоголізму.

10. Моніторингова програма інформації, що стосується народження та смерті, обов'язків співпрацювати та здійснювати нагляд за громадськими процедурами відповідно до Закону про психічне здоров'я 1983 р.

11. Важливими є консультації та співпраці з шотландськими міністрами у даній сфері, а також збалансована фінансова політика [43].

На думку багатьох дослідників та політиків Англії, згаданий закон 2012 р. заклав фундаментальні основи реорганізації системи охорони здоров'я та соціальної допомоги. Отже, стан регулювання права на охорону здоров'я в Англії є на високому рівні. На наш погляд, варті уваги практика створення і функціонування спеціальної служби охорони здоров'я Англії, врегулювання питань громадського здоров'я, залучення громадськості та місцевого самоврядування, інформаційна та моніторингова програма.

Якщо звернутись до Ірландії, то охорона здоров'я тут має дворівневий характер, існує державний і приватний сектори. Система державної охорони здоров'я регулюється Законом про охорону здоров'я 2004 р., який створив новий орган, відповідальний за надання медичних і особистих соціальних послуг для всіх, хто живе в Ірландії (служба охорони здоров'я). Нова

національна служба охорони здоров'я і її нові структури поступово створювались, оскільки програма реформ продовжується. Окрім державного сектору, існує також великий приватний ринок охорони здоров'я [44].

У 2010 р. Ірландія витратила на охорону здоров'я 2262 євро на душу населення, у порівнянні із середнім показником в Євросоюзі на суму 2172 євро на душу населення, з яких приблизно 79% були державними витратами [45].

Отже, Ірландія одна з тих країн, що піклується про охорону здоров'я своїх громадян не тільки у приватному секторі, а й у державному. Саме ця країна забезпечує достатнє фінансування у сфері права на охорону здоров'я, кожна особа захищена при реалізації такого права.

Звернемося до охорони здоров'я у Латвії. Національна служба охорони здоров'я Латвії є прямим адміністративним закладом, підпорядкованим Міністерству охорони здоров'я, основними завданнями якого є реалізація державної політики щодо наявності та надання медичних послуг, адміністрування державних бюджетних коштів, передбачених для охорони здоров'я, реалізація державної політики у плануванні охорони здоров'я, забезпечення раціонального та найефективнішого використання державного бюджету та впровадження програми електронного здоров'я відповідно до політики, визначеної державою [46].

Державне обов'язкове медичне страхування є основним напрямом медичної допомоги, що надається державою, викладене в Правилах №1046 «Процедура організації та фінансування охорони здоров'я», прийнятих Кабінетом Міністрів 2006 р. Це означає, що держава обов'язково страхує його мешканців, щоб вони мали право на основні послуги з охорони здоров'я [46]. Так само, медична допомога, гарантована державою відповідно до процедур, повинна надаватися як своїм громадянам, так і громадянам ЄС, які перебувають в Латвії, та членам їхніх сімей, біженцям, а також особам, затриманим, арештованим та засудженим до позбавлення волі. Усі ці норми

прописані на законодавчому рівні і забезпечують однаковий доступ до реалізації свого права на охорону здоров'я.

Також в Латвії існує система державного обов'язкового медичного страхування, що фінансуються з коштів державної бюджетної субсидії, як зазначено в Законі «Про Державний бюджет» на охорону здоров'я. Все це так само гарантує якісне регулювання сфери охорони здоров'я. Безкоштовно надаються такі послуги: первинна медична допомога – сімейний лікар, медсестра, акушерка, стоматолог, помічник стоматолога, санітарія); вторинна медична допомога – спеціалізована амбулаторна та стаціонарна допомога, орієнтована на надзвичайні ситуації та невідкладна медична допомога; третинна медична допомога – це медичні послуги, які надаються в спеціалізованих медичних установах фахівцями різних галузей медицини, які, у свою чергу, мають додаткову кваліфікацію [46]. Отже, в Латвії належним чином розвинений сектор захисту права на охорону здоров'я, а також приділяється достатня увага наданню безкоштовних медичних послуг.

У Німеччині охорона здоров'я ґрунтується на децентралізованій та самоврядній системі. Реалізація права на охорону здоров'я тут здійснюється, виходячи з існуючої системи охорони здоров'я, структуру якої суттєво змінилася з часом. Німецька система охорони здоров'я включає три основні напрямки: амбулаторне лікування, стаціонарна допомога (лікарняний сектор) та реабілітаційні заклади. Інституції, відповідальні за функціонування системи охорони здоров'я, це переважно асоціації та представники різних постачальників і професій, медичних страховиків, регуляторних органів та федеральних міністерств охорони здоров'я [47].

Система охорони здоров'я Німеччини базується на чотирьох основних принципах:

- Обов'язкового страхування: люди, як правило, повинні мати державне медичне страхування за умови, що їхній валовий дохід перебуває під фіксованою ставкою. Будь-хто, хто заробляє більше, може вибрати

приватну страховку.

- Фінансування з премій: охорона здоров'я фінансується в основному з премій, що сплачуються застрахованими працівниками та їхніми роботодавцями; передбачено внесок понад податкові доходи. Це загалом відрізняє дану систему від державних систем охорони здоров'я Великобританії або Швеції, де медичні послуги фінансуються за рахунок податкових надходжень. У ринкових системах, наприклад, у Сполучених Штатах, люди покривають витрати на лікування при втраті заробітної плати або отримують приватну медичну страховку.

- Принцип солідарності: у системі охорони здоров'я Німеччини, учасники системи страхування здоров'я несуть індивідуальні ризики втрати заробітної плати, витрат на медичну допомогу у випадку захворювання. Кожен, на якого поширюється німецьке законодавство, має рівне право на отримання допомоги, незалежно від рівня їхнього доходу та преміум-класу. Премії базуються виключно на доходах, що означає наступне: багаті можуть допомогти бідним, а здоровий може допомогти хворим. Однак ці премії засновані лише на відсотковій ставці до певного рівня доходу.

- Принцип самоврядування: у той час як держава встановлює умови для медичного обслуговування, за подальшу організацію та фінансування окремих медичних послуг покладено відповідальність на органи самоврядування в системі охорони здоров'я. Вони складаються з членів, що представляють лікарів і стоматологів, психотерапевтів, страховиків та застрахованих осіб. Федеральний Об'єднаний комітет є найвищим органом самоврядування в системі статутного медичного страхування.

Отже, в Німеччині на рівні галузевого законодавства забезпечується право на охорону здоров'я. Тут існує система обов'язкового медичного страхування; охорона здоров'я фінансується з премій, що сплачуються застрахованими працівниками та їхніми роботодавцями; кожен застрахований несе індивідуальні ризики втрати заробітної плати, витрат на

медичну допомогу у випадку захворювання, при цьому особа може передати свої премії іншій. Передбачено функціонування юридично призначених органів самоврядування в системі охорони здоров'я. Усе це, на наш погляд, сприяє якісній реалізації права на охорону здоров'я в Німеччині.

Також 2016 р. Німецький Бундестаг (парламент) прийняв довгоочікуваний антикорупційний закон, спрямований на боротьбу з корупцією в секторі охорони здоров'я. Так, за прийняття або надання допомоги як винагороди, після вступу в силу нового закону, передбачено кримінальну відповідальність. Згідно з новим законом, особа може підлягати тюремному ув'язненню на строк до трьох років або штрафу, подібно до вже існуючих штрафів за корупцію в приватному секторі. У серйозних випадках злочинець підлягає тюремному ув'язненню від трьох місяців до п'яти років [48].

Данська модель охорони здоров'я була започаткована 2005 року, передбачає співпрацю між регіонами, Міністерством охорони здоров'я, Агентством охорони здоров'я, Данською фармацевтичною асоціацією та Данською торговою палатою. Цікавим є Закон про фінансову стійкість 2012 року, яким запроваджено самоврядування у системі охорони здоров'я, що означає можливість всіх регіонів Данії самостійно дбати про охорону здоров'я та витратити частину свого бюджету на дану сферу. Отже, в Данії на високому рівні розвинута система самоврядування та розподілення обов'язків у сфері охорони здоров'я.

Охорона здоров'я в Данії багато в чому фінансується за рахунок місцевих (регіональних та муніципальних) податків з інтегрованим фінансуванням, наданням медичної допомоги на регіональному рівні. Національний податок на охорону здоров'я становить близько 8 % загального оподаткованого доходу з кожного громадянина. Останні можуть вибирати між двома різними типами груп медичного страхування. Більшість з них належить до першої групи, яка включає лікарів загальної практики. У Данії передбачено 1 лікаря на кожні 294 людини, громадяни

можуть отримувати допомогу конкретного лікаря загальної практики безкоштовно, включаючи відвідування медичного спеціаліста за поданням свого лікаря. Понад 99% пацієнтів покриваються страхуванням від першої групи. Решта громадян, хто має страхування, передбачено для другої групи, можуть відвідати будь-якого лікаря або медичного спеціаліста за бажанням, але таке відвідування може підлягати оплаті. Громадяни цього типу страхування складають менше 1% населення [285].

Отже, в Данії діє система обов'язкового страхування, що включає дві групи, існує національний податок на охорону здоров'я з кожного громадянина. Для України може бути корисною система самоврядування у даній сфері та схема розподілення відповідних бюджетів.

У свою чергу, шведська система охорони здоров'я в основному фінансується урядом і є децентралізованою, хоча приватна сфера охорони здоров'я також існує. Система охорони здоров'я Швеції фінансується насамперед за рахунок податків, що стягуються окружними радами та муніципалітетами. Відповідальність за охорону здоров'я та медичну допомогу тут поділяють центральна влада, окружні ради та муніципалітети. Закон про охорону здоров'я та медичну допомогу регулює обов'язки окружних рад та муніципалітетів, надає місцевим урядам більше свободи у цій галузі. Роль центральної влади полягає в тому, щоб встановити керівні засадничі принципи, а також встановити політичну програму охорони здоров'я та медичної допомоги.

Регулювання та інші форми забезпечення права на охорону здоров'я у цій країні відбувається загалом через закони та розпорядження або шляхом досягнення домовленостей зі Шведською асоціацією місцевих влад та регіонів, яка представляє окружні ради та муніципалітети [50].

До 2015 року податок з громадянина зріс до 11,9% – найвищий показник у Європі. Держава фінансує основну частину витрат на охорону здоров'я, при цьому пацієнт сплачує невелику номінальну плату. Держава сплачує приблизно 97% медичних витрат. Відповідальність за надання

медичної допомоги передається окружним радам та, у деяких випадках, муніципальним органам влади. Шведська політика засвідчує, що кожна окружна рада повинна забезпечувати жителям якісні медичні послуги та медичне обслуговування, працювати над покращенням здоров'я всього населення [50].

Варто зауважити, що практика належного забезпечення права на охорону здоров'я у Швеції демонструє дієву систему органів місцевого і регіонального самоврядування у даній сфері. В умовах децентралізації влади в Україні, створення та функціонування об'єднаних територіальних громад важливим є досвід саме цієї держави у контексті реалізації функцій охорони здоров'я.

У Конституції Франції [52] немає окремої статті з приводу права на охорону здоров'я, але є окремий розділ присвячений праву на чисте довкілля, що є складовою права на охорону здоров'я. Тут проголошується, що природні ресурси обумовили появу людства; майбутнє і саме існування людства нерозривно пов'язані з його природним навколишнім середовищем; навколишнє середовище є спільною спадщиною всіх людей; людина все більше впливає на умови життя і на свою еволюцію; біологічна різноманітність, реалізація потенціалу особистості та прогрес, через що страждають певні види споживання або виробництва, а також надмірна експлуатація природних ресурсів; охорона навколишнього середовища – це мета, яку слід досягти таким же чином, як і інші основні інтереси нації.

Французька система охорони здоров'я передбачає надання універсальних медичних послуг, яка значною мірою фінансується державною медичною страховкою. У своїй оцінці світових систем охорони здоров'я 2000 року Всесвітня організація охорони здоров'я встановила, що Франція забезпечує «найближче до найкращого загального медичного обслуговування» у світі [53].

Отже, можна зазначити, хоча для деяких країн не характерне конституційне закріплення права на охорону здоров'я, але це питання

деталізується у галузевому законодавстві таких країн. Обов'язково регламентуються питання обов'язкового страхування, спектр безкоштовних послуг, а також місце центрального та децентралізованого управління у сфері охорони здоров'я. На нашу думку, кожна із систем, описаних вище країн, є доцільною та притаманна для певної держави, дещо з їх позитивної практики може бути запозичено з метою запровадження в Україні задля забезпечення реалізації конституційного права на охорону здоров'я.

У Конституції Республіки Польща у ст. 68 зазначається, що кожен має право на захист свого здоров'я; рівний доступ до медичних послуг, що фінансується з державних коштів, забезпечується державними органами влади громадянами незалежно від їх матеріальної ситуації. [86] Умови та обсяг надання послуг встановлюються законом; органи державної влади повинні забезпечувати спеціальну медичну допомогу дітям, вагітним жінкам, інвалідам та особам похилого віку; органи державної влади повинні боротися з епідемічними хворобами та запобігати негативним наслідкам для здоров'я, пов'язаним із деградацією навколишнього середовища; органи державної влади повинні підтримувати розвиток фізичної культури, особливо серед дітей та молоді.

У Конституції Польщі визнано, що кожен має право на охорону здоров'я. Визначено коло осіб, котрі забезпечуються спеціальною медичною допомогою, а саме: діти, вагітні жінки, інваліди та особи похилого віку. Також не оминули тут увагою питання підтримки розвитку фізичної культури, захисту навколишнього середовища та їх забезпечення державою.

Важливим питанням є фінансування охорони здоров'я, що також зазначено у проаналізованих конституціях. Проте однакових положень майже не знаходимо. Так, у Республіці Польща Конституція передбачає, що громадянам, незалежно від їх фінансового стану, забезпечується рівний доступ до послуг (обсяг та умови щодо яких визначені окремим законом), які фінансує держава [54]. Таку ж норму містить Конституція Литви щодо безоплатної допомоги в державних лікувальних установах та законом

визначається порядок надання такої допомоги [55]. У Конституції Португалії закріплено, що «в основному на безкоштовній основі» надаються послуги через універсальну національну службу охорони здоров'я [56]. Відповідно до Конституції Фінляндії органи публічної влади зобов'язані відповідно до законодавства гарантувати кожному достатнє медичне забезпечення [57].

З приводу медичного страхування, ці норми містять конституції не багатьох держав. Слід зазначити, що переважно страхування представлено як засіб отримання медичної допомоги.

Особливої уваги в багатьох конституціях приділено здоров'ю окремих груп населення, а саме дітей, вагітних жінок, літніх людей. Конституція Польщі [54] зазначає, що турбота держави поширюється на людей з обмеженими можливостями. Конституція Португалії [56] визначає, що право на охорону здоров'я реалізується, зокрема, через створення економічних, соціальних, культурних та екологічних умов, що забезпечують захист дітей, молоді та людей похилого віку. Водночас Конституція Франції [58] гарантує право на охорону здоров'я всім, «зокрема дитині, матері та перестарілим працюючим».

Цікавим є те, що різні країни використовують відмінні категорії у даній сфері право на охорону здоров'я (Португалія, Польща та ін.), право на здоров'я (Угорщина, Італія), право на захист здоров'я (Чехія, Естонія), право на турботу про здоров'я (Литва). На нашу думку, найбільш вдалим та повним є використання права на охорону здоров'я.

Варто підсумувати, що майже третина країн ЄС (дев'ять країн) взагалі не згадує право на охорону здоров'я в конституціях, але це не говорить про те, що сфера охорони здоров'я не врегульована іншими законодавчими актами. Чотирнадцять країн чітко зазначає право на охорону здоров'я, хоча у різних аспектах. У п'яти країнах гарантується безкоштовна медична допомога для незахищених та слабких верст населення. Загалом в багатьох конституціях зазначається про обов'язкове страхування для громадян певної країни та держав- членів ЄС. Конституційно-правове регулювання права на

охорону здоров'я є безперечно важливим у впорядкуванні даної сфери життя, встановлення належних стандартів і захисту.

Отже, загальним висновком виступає той факт, що, по-перше, в демократичних країнах право на охорону здоров'я переважно закріплюється в конституціях, безумовно маючи різний характер та вираження. По-друге, невизначеним у більшості конституцій є питання фінансування охорони здоров'я, тобто влада покладає реалізацію даного права на самого громадянина. По-третє, увага приділяється громадському здоров'ю, державним гарантіям, врегулюванню безкоштовного медичного страхування для певних верст населення.

Права людини у сфері охорони здоров'я доповнюють біоетику, але при цьому охоплюють комплекс загальноприйнятих норм і процедур, які дають можливість дійти висновків про порушення прав у контексті охорони здоров'я і забезпечувати захист від таких порушень. Базуючись на стандартах міжнародної концепції прав людини, багато з них відображені в регіональних міжнародних договорах і національних конституціях [59, с.3].

Тому важливо звернути увагу на практику Європейського суду з прав людини з приводу охорони здоров'я, бо у більшості випадків його рішення є джерелом національного права, включаючи Україну.

Є декілька цікавих справ, на які слід звернути увагу в контексті нашого дослідження. Зокрема, це справа Христозов та інші проти Болгарії про доступ до експериментального лікування або лікарського засобу [60]. Десять заявників, які мали ракові захворювання, скаржилися на те, що вони були позбавлені можливості доступу до несанкціонованих експериментальних ліків від раку. Відповідно до закону Болгарії, такий дозвіл може бути виданий тільки у випадку, якщо ліки були санкціоновані в іншій країні. У той час як ліки були дозволені для «благодійно-досліджувального використання» в деяких країнах, офіційно вони не були дозволені. Відповідно, влада Болгарії відмовила у видачі дозволу.

ЄСПЛ постановив, що ст. 8 (право на повагу особистого та сімейного

життя) Європейської конвенції з прав людини не була порушена. З огляду на обмеження права пацієнтів на повагу особистого життя, було виявлено тенденцію забезпечення можливості, у виняткових умовах, використання несанкціонованої медицини в країнах Європи. Проте суд визнав, що цей консенсус заснований не на стійких принципах законодавства цих країн і не розповсюджується на точний порядок, який регулює використання таких ліків. Суд також постановив, що ст. 2 (право на життя) і ст. 3 (заборона тортур і нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження) Конвенції в даному випадку не були порушені [61].

Також з приводу права на медичну інформацію є справа К. Х. та інші проти Словаччини [62]. Заявниці, вісім жінок романського походження, не могли більше завагітніти після лікування в гінекологічному відділенні в двох різних лікарнях та підозрювали, що це сталося внаслідок того, що вони були стерилізовані під час перебування в цих лікарнях. Вони скаржилися на те, що не могли отримати копію своєї історії хвороби. Суд постановив, що ст. 8 (право на повагу особистого та сімейного життя) Конвенції була порушена в тому, що заявники не мали змоги зробити фотокопії своїх історій хвороб.

У справі Н. проти Сполученого Королівства [270], йдеться про заявницю, громадянку Уганди, вона була госпіталізована після того, як вона прибула до Великобританії, так як вона була важко хвора і страждає від захворювань, пов'язаних зі СНІДом. Її заяву про надання притулку було невдалим. Вона стверджувала, що буде піддаватися нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню, якщо повернеться в Уганду, тому що там вона не зможе отримати необхідну медичну допомогу.

Суд зазначив, що влада Сполученого Королівства представила заявнику лікування протягом дев'яти років та прийняла її заяви про надання притулку, який визначається в національних судах. Конвенція не зобов'язує держав-учасниць пояснювати невідповідність лікування в державах, які не є учасницями Конвенції, забезпечуючи безкоштовне та необмежене лікування всіх іноземців без права залишитися в межах їх юрисдикції. Таким чином,

Сполучене Королівство не зобов'язане продовжувати надавати лікування заявникові. Якщо б вона повернулася в Уганду, ст. 3 (заборона нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження) Конвенції не була б порушена [64].

З приводу забезпечення права на охорону здоров'я у зв'язку з особливою сферою діяльності, розглянемо справу Вільнес та інші проти Норвегії [65]. Вона стосувалася попередніх скарг водолазів стосовно того, що вони втратили дієздатність в результаті занурення в Північному морі для нафтових компаній під час початкового періоду дослідження нафти (з 1965 до 1990 р.). Усі заявники скаржилися, що Норвегія не вжила необхідних заходів для захисту здоров'я та життя глибоководних дайверів під час роботи в Північному морі та, стосовно трьох заявників, у випробних установках. Усі вони також стверджували, що держава не забезпечила їх достатньою інформацією про ризики, пов'язані з глибоководним зануренням та зануреннями для проведення досліджень.

Суд постановив, що мало місце порушення ст. 8 (право на повагу особистого життя) Конвенції, в зв'язку з тим, що влада Норвегії не гарантувала заявникам отримання необхідної інформації для оцінення ризиків для здоров'я та життя в результаті використання таблиць швидкого зниження тиску. Крім того, суд постановив, що ст. 2 (право на життя) і ст. 8 Конвенції не були порушені стосовно решти скарг заявників про нездатність влади запобігти наражанню їх здоров'я та життя на небезпеку та відсутність порушення ст. 3 (заборона нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження) Конвенції [65].

Цей випадок доповнює прецедентне право Суду про доступ до інформації відповідно до стст. 2 і 8 Конвенції, зокрема в тій мірі, що встановлює зобов'язання влади гарантувати отримання співробітниками важливої інформації, що дозволила б їм оцінити професійні ризики для здоров'я та безпеки [65].

Ще однією справою є Дж. Н. та інші проти Італії [66], що стосувалася

інфікування заявників або їх родичів вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) або гепатиту С. Зацікавлені сторони страждали від спадкових розладів (таласемії) і були інфіковані під час переливання крові, що проводилося Державною службою охорони здоров'я. Заявники скаржилися, зокрема, що влада не провела необхідну перевірку для запобігання інфікування, а також на недоліки в подальшому проведенні цивільного процесуального розгляду та на відмову у виплаті їм компенсації. Крім того, вони стверджували, що були дискриміновані у порівнянні з іншими групами інфікованих осіб.

Суд постановив, що ст. 2 (право на життя) Конвенції не була порушена стосовно обов'язків захисту життя заявників та їхніх родичів, беручи до уваги те, зокрема, що не було встановлено, що на момент розгляду справи Міністерству охорони здоров'я було відомо або мало бути відомо про ризик передачі ВІЛ або гепатиту через переливання крові, та що неможливо було визначити, з якого моменту Міністерству було відомо або мало бути відомо про ризик. Суд також постановив, що мало місце порушення ст. 2 Конвенції стосовно проведення цивільного розгляду справи, враховуючи те, що судова влада Італії під час розгляду спірних скарг відповідно до ст. 2 не змогла забезпечити відповідну та швидку відповідь згідно з процесуальними зобов'язаннями держави відповідно до постанови. Було встановлено, що мало місце порушення ст. 14 (заборона дискримінації) разом зі ст. 2 Конвенції, встановивши те, що заявники, або їх спадкоємці були дискриміновані у порівнянні з хворими на гемофілію, які мали можливість використання позасудового вирішення справи, запропонованого Міністерством.

Отже, розглянувши низку справ і рішень ЄСПЛ, можна зробити висновок, що у Конвенції немає відповідної статті, що прямо регулювала чи забороняла порушення права людини на охорону здоров'я. Права в цій сфері можуть бути захищені за допомогою посилання на порушення ст. 3 Конвенції, якщо процес та результати ненадання або недостатнього надання медичної допомоги не був таким, що фактично може бути визнаний

катуванням або нелюдським або таким, що принижує гідність, поведженням. Також в деяких випадках можливе порушення ст. 8 Конвенції (право на повагу до приватного і сімейного життя) або ст. 14 з приводу заборони дискримінації. У випадку, коли наслідки ненадання або недостатнього надання медичної допомоги є більш суттєвими, слід посилатися на порушення ст. 2, якщо закінчилося смертю особи.

Складність та заплутаність подібних справ, небажання Суду аналізувати саме об'єктивну сторону діянь лікарів та давати їм оцінку. Натомість Суд вирішує питання щодо наявності у конкретній державі ретельного розслідування в рамках кримінального процесу щодо спричинення шкоди здоров'ю пацієнта діями або бездіяльністю лікаря.

Судам дуже важливо враховувати при винесенні рішення ступінь наслідків, які були спричинені внаслідок дій або бездіяльності відповідачів; аналізувати висновки судово-медичної експертизи та показання експертів у межах судового розгляду з позицій її об'єктивності та обґрунтованості висновків, а також відповідності фактичним обставинам справи. На нашу думку, слід ще більш детально вивчати практику Європейського Суду з прав людини для розуміння логіки та прецедентної практики «медичних справ».

Наприклад, якщо порівнювати Україну і Францію, то можемо вказати, що перед національною системою охорони здоров'я постали дві дуже складні проблеми – катастрофічна нестача ресурсів і їх нераціональне використання. Створення та ефективне функціонування єдиного медичного простору України можливе за умов, зокрема і в умовах воєнного стану:

- запровадження системи обов'язкового державного медичного страхування;
- структурної перебудови системи надання медичної допомоги;
- створення консультативно-діагностичних і спеціалізованих лікувальних центрів та розроблення механізмів щодо можливості сумісного їх використання в системі страхової медицини та наданні платних медичних послуг;

- створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я – єдиного медичного інформаційного поля;
- вироблення й упровадження механізмів забезпечення та контролю якості медичної допомоги;
- узгодження планів органів управління цивільною та військовою медициною щодо їх участі у спільних програмах з питань лікувально–профілактичного забезпечення;
- упровадження форм єдиної медичної звітності для всіх медичних установ держави;
- розв'язання проблеми взаєморозрахунків між МОЗ України та військовими госпіталями, а також між госпіталями силових міністерств України за надання медичних послуг;
- здійснення практичної взаємодії МОЗ України та військової медицини щодо вирішення питань з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях;
- спільної участі в підготовці миротворчих контингентів, сумісному вивченні науковцями МОЗ і лікарями силових міністерств причин виникнення спалахів та запобігання окремим захворюванням серед колишніх миротворців;
- створення та практичної реалізації національної програми охорони професійного здоров'я військовослужбовців ЗС України;
- узгодженості підходів щодо підготовки кадрів з управління охороною здоров'я;
- вирішення питань роботи лікарських асоціацій та лікарських товариств України.

Як показує аналіз діяльності медичної служби під час бойових дій та усуненні медичних наслідків техногенних катастроф, що відбулися в світі за останні роки, ефективність медичної допомоги в кінцевому підсумку визначається рівнем організаційних заходів, оптимальною структурою медичних підрозділів, високою якістю технічних засобів, дієздатністю та

стійкістю управління. Саме ці фактори визначають своєчасність надання медичної допомоги, високий рівень лікувально–евакуаційних заходів, ефективність медичної допомоги в цілому. Але у всіх, без винятку, випадках основною умовою успішної діяльності медичної служби було своєчасне сортування та надання адекватної медичної допомоги пораненим, хворим та ураженим, тобто визначення лікувально-евакуаційної характеристики контингенту, якому ця допомога надавалася.

У контексті інтеграції України до ЄС варто навести Повідомлення Комісії «Про ефективні, доступні та гнучкі системи охорони здоров'я» (COM(2014) 215 фінальна версія від 04.04.2014) визначено фактори зміцнення загальної стійкості систем охорони здоров'я, спрямовані на подолання наслідків фінансової й економічної кризи та зростаючої потреби в ресурсах. Рекомендації адресовані країнам ЄС, оскільки вони несуть основну відповідальність за свою сферу охорони здоров'я. У повідомленні наведено такі рекомендації:

- 1) посилення ефективності послуг, шляхом оцінювання продуктивності; розробка інтегрованого підходу для того, щоб лікування здійснювалося не лише виключно в лікарнях; гарантія безпеки та якості допомоги;

- 2) підвищення доступності для того, щоб все населення мало доступ до послуг з охорони здоров'я. Цього можна добитися, покращивши планування розподілу персоналу та ефективність використання ліків. Крім того, нормативна-база ЄС з питань мобільності пацієнтів дає можливість здійснювати лікування закордоном;

- 3) підвищення гнучкості таким чином, щоб системи охорони здоров'я адаптувалися до зміни середовища, визначали інноваційні рішення, а також масштабніше та ефективніше використовували інформацію та інші нові технології.

Впровадження пацієнторієнтованих інновацій в системи охорони здоров'я в ЄС можуть покращити здоров'я та благополуччя пацієнтів та

громадськості, шляхом забезпечення новими продуктами, послугами та лікуванням, які краще діятимуть або, можливо, будуть дешевшими, ніж ті, що є зараз. Вони також можуть посприяти впровадженню більш ефективних шляхів організації, управління і контролю за заходами в секторі охорони здоров'я, а також покращенню умов роботи працівників. Рада Європейського Союзу затвердила висновки щодо цього важливого питання. Нормативно-правова база: Висновки Ради «Про користь інновацій для пацієнтів» (2014/C 438/06) (Офіційний Вісник С 438 від 06.12.2014, ст. 12-15). У цих висновках урядам держав та Європейській комісії пропонується окремо чи спільно розробити різноманітні способи заохочення медичних інновацій в інтересах пацієнтів. Органам влади Європейського Союзу пропонується:

1) розробити «підхід життєвого циклу» для інноваційних лікарських засобів, який би охоплював науково-обґрунтовані рекомендації на ранньому етапі, встановлення цін і відшкодування, а також оцінювання ефективності нових продуктів;

2) запровадити стратегію оцінювання медичних технологій з особливим акцентом на співпраці на всесоюзному рівні;

3) обмінюватися інформацією про ціни та вартість нових лікарських засобів;

4) проаналізувати чинне законодавство для того, щоб виявити чи потрібно його змінювати, щоб забезпечити пацієнтам вчасний доступ до нових ліків.

Органам влади ЄС та Комісії пропонується:

1) проаналізувати можливості надання пришвидшеного дозволу на реалізацію для нових ліків, і би одночасно гарантувати високий рівень безпеки пацієнтів;

2) провести обмін інформацією щодо доступу пацієнтів до ліків, включно зі застосуванням нових незареєстрованих ліків з гуманними намірами;

3) з'ясувати, чи національні цінові політики повинні брати до уваги

додану лікувальну цінність нових лікувальних засобів.

Інноваційний Союз – це одна зі семи флагманських ініціатив в Європейській стратегії до 2025 року – стратегія економічного зростання ЄС на 10 років. Його ціль – це використання інноваційних шляхів промоції здоров'я. У 2011 році ЄС запустив пілотний проект «Європейське інноваційне партнерство в питаннях активного та здорового старіння». Його завдання – збільшити середню тривалість здорового життя осіб в ЄС на 2 роки до 2022 року.

Саме тому у країнах-членах ЄС охорона здоров'я є прерогативою національних урядів і, за невеликим винятком, медична допомога надається відповідно до так званого другорядного принципу: рішення ухвалюють на найнижчому з можливих рівнів. Це пояснюється відмінностями систем соціального захисту держав, їх економіки і культури. При цьому, розвиваючи системи охорони здоров'я, більшість країн дотримуються так званого «міжнародного стандарту для системи охорони здоров'я», що охоплює: загальне обслуговування населення через обов'язкову участь; всеосяжність основних соціальних благ; внески ґрунтуються переважно на доходах, а не на придбанні індивідуальних страховок; контроль за собівартістю за допомогою адміністративного механізму (включаючи обов'язковий преїскурант на послуги, глобальні бюджети, обмеження на інвестиції).

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі вирішено актуальне наукове завдання, яке полягає в розробці організаційних основ формування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я, що надали змогу сформулювати ряд висновків і рекомендацій, що мають як теоретичне, так і практичне значення.

1. Досліджено генезис становлення та розвитку сфери охорони здоров'я. Проведений аналіз джерельної бази дозволяє виокремити історичні періоди розвитку засад управління у сфері охорони здоров'я в Україні: 1) Київська Русь; 2) Польсько-литовська доба; 3) Російської імперії; 4) УРСР; 5) етап ствердження незалежної України (1991-2000 роки). 6) сучасний період (2000-2019 роки). Доведено, що суттєві відмінності у підходах до формування системи охорони здоров'я сприяли формуванню інтегрованої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я, що виступає одночасно і позитивом, і певною мірою – перешкодою інституціональних реформ у сфері охорони здоров'я.

2. Здійснено визначення базових понять та правової природи сфери охорони здоров'я. Так, встановлено, що здоров'я – це динамічний стан організму, завдяки якому підтримується процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості активного життя. Також встановлено, що право на охорону здоров'я – це природне невід'ємне і непорушне право людини, нормативно-закріплено на національному та міжнародному рівнях, яке включає всі можливі засоби для розвитку, збереження, забезпечення та, у випадку порушення, відновлення гармонійного рівня фізичного, психічного та душевного стану її організму.

3. Систематизовано особливості державної політики у сфері охорони здоров'я, що включає такі основні напрями: забезпечення здоров'я нації; створення сприятливого і стабільного соціального середовища; формування в людини навичок дотримання здорового способу життя;

застосування потенціалу інститутів громадянського суспільства в аспекті зміцнення здоров'я населення; надання пріоритету профілактиці, а не лікуванню; розвиток екологічно сприятливого середовища; забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу й охорону здоров'я, захист прав і свобод людини у цій сфері. Така політика здійснюється за допомогою системи правових, організаційних, фінансово-економічних, інформаційно-комунікативних, соціально-психологічних механізмів державного управління.

4. Розкрито сутність поняття та елементи механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я. Механізмом ПУ СОЗ слід визначити як комплекс засобів, форм та методів управління в системі органів державної влади, ОМС, бізнес-структур, громадських об'єднань, раціональне поєднання яких на основі системного підходу дозволяє змінити звичайне регламентування поведінки об'єктів і суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я на регулюючий вплив суб'єкта щодо суспільних відносин, які складаються у системі публічного управління. При цьому раціональний механізм ПУ СОЗ буде адаптований до сучасних соціально-економічних умов.

5. Нормативно-правове забезпечення публічного управління у сфері охорони здоров'я базується на конституційному змісті забезпечення права на охорону здоров'я, діяльність, спрямовану на утвердження та регламентацію, створення сприятливих умов для належної реалізації в усіх сферах життєдіяльності людини і громадянина, охорони і захисту, попередження й усунення перешкод, відновлення у випадку порушення права на охорону здоров'я. При цьому публічноуправлінська діяльність має забезпечити конституційні права та свободи людини і громадянина в Україні та складається з таких елементів: 1) утвердження і регламентація; 2) створення умов; 3) реалізація; 4) охорона; 5) захист; 6) поновлення прав громадян України.

6. Охарактеризовано міжнародний досвід щодо публічного

управління у сфері охорони здоров'я. Вивчення конституцій країн ЄС дозволив підкреслити основні значущі елементи права на охорону здоров'я. На нашу думку, для України було б доцільним скористатися досвідом країн Європейського Союзу у закріпленні даних елементів в Конституції України та в спеціальних нормативно-правових актах. Вдалою вважаємо систему децентралізованого управління на прикладі Данії, де розвинена система самоврядування у сфері охорони здоров'я та схема розподілення бюджетів. Стосовно системи страхування, вартої уваги досвід Німеччини, де існує обов'язкове і приватне страхування, система премій, що забезпечує право на медичне страхування не лише працюючим, а й тим, хто втратив роботу. Також це означає, що багаті можуть допомогти бідним, а здорові хворим.

Дослідження практики Європейського суду з прав людини у справах у сфері охорони здоров'я дозволило зробити висновок, що хоч текст Європейської конвенції з прав людини не містить окремої статті, що визначала би право людини на охорону здоров'я, але практика ЄСПЛ демонструє, що права людини в цій сфері можуть бути захищені, з огляду на порушення статті 3 Конвенції, якщо процес та результати ненадання або недостатнього надання медичної допомоги був таким, що фактично може бути визнаний катуванням або нелюдським або таким, що принижує гідність, поводженням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сенюта І.Я. Законодавче забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: історико-правовий огляд. *Вісник Львівського університету. Серія. Юридична*, 2004. Вип. 39. С. 59 - 66.
2. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. Львів: Астролябія, 2007. 224 с.
3. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини: підручник. Тернопіль. Лілея, 2004. 248 с.
4. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини: підручник. Тернопіль. Лілея, 2004. 248 с.
5. Гладун З.С. Право людини на життя і проблеми його юридичного забезпечення в Україні. *Український часопис прав людини*, 1995. №1. С. 47 - 54.
6. Хартія основних прав та свобод Чеської Республіки від 16 грудня 1992 р. URL: <http://www.psp.cz/en/docs/laws/constitution.html>.
7. Загальна теорія держави та права: підручник для студентів юрид. вищих навч. закл. Харків: Право, 2011. 584 с.
8. Стефанчук Р.О. Цивільне право України: навч. посіб. К.: Прецедент, 2005. 448 с.
9. Шамич О.М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей із особливими вадами*. Збірник наукових праць, 2015. № 11. С. 75 - 92.
10. Стрельченко О.Г. Центральні органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я як суб'єкти публічного адміністрування. *Наука і правоохорона*. 2012. № 2. С. 171-177.
11. Буряк І.О. Адміністративно-правове регулювання у сфері забезпечення права громадян України на охорону здоров'я: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07/ Нац. акад. правових наук України. НДІ

інформатики і права. Київ, 2013. 20 с.

12. Загальна декларація прав людини: декларація ООН 1948 р. *Офіційний вісник України*, 2008. № 93. Ст. 3103.

13. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

14. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. №2801-ХІІ. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801> (дата звернення: 31.09.2022).

15. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та правового рівня. Харків: ВПП "Контракт", 2006. 296 с.

16. Дерєга В.В. Соціальна і гуманітарна політика. Миколаїв: Видавництво ЧДУ ім. Петра Могили, 2012. 178 с.

17. Сенюта І.Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Львів, 2006. 202 с.

18. Справа Арская проти України: рішення Європейського суду з прав людини від 05 грудня 2013 р. URL: <http://cons.pams.ua/map/doc/0958509BB6/SpravaArskayaprotiUkrayini.html>.

19. Гультай М., Федоренко Т. Уніфікація міжнародних і національних стандартів з прав людини: інститут конституційної скарги (теоретичне обґрунтування та сучасний стан). *Вісник Конституційного Суду України*. 2018. №3. С. 162 - 174.

20. Рішення Конституційного Суду України щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України «Про інформацію» та статті 12 Закону України «Про прокуратуру». *Офіційний вісник України*, 1997. № 46. 126 ст.

21. Про державні фінансові гарантії мелічного обслуговування: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-УШ. URL:

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.05.2019).

22. Шпачук А.О. Евтаназія: правові та етичні аспекти. *Вісник Академії адвокатури України*, 2012. Вип. 3. С. 159 – 163.

23. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина України. *Права людини*, К., 2018.

24. Швець Ю.Ю. Шляхи реалізації конституційного права особи на охорону здоров'я: порівняльно-правове дослідження: монографія. Ужгород: Гельветика, 2018. 493 с.

25. Черненко З.С. Порівняльний аналіз закріплення права на охорону здоров'я в конституціях Європейського Союзу. *Європейські перспективи*, 2014, № 10. С. 161 - 166.

26. Карамішев Д.В., Радиш Я.Ф., Удовиченко Н.М. Проблеми реалізації конституційних гарантій та реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*. Матеріали I Всеукраїн. науково-практ. конф. (Львів, 25 жовтня 2000). С. 6.

27. Москаленко В.Ф., Бобильова О.О., Коротко О.Ш. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я: аналітичний огляд МОЗ України/ за заг. ред. Москаленка В.Ф. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 54 с.

28. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від 22 липня 1946 р. URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/995_599 (дата звернення 22.11.2022).

29. Загальна декларація прав людини: декларація ООН 1948 р. *Офіційний вісник України*, 2008. № 93. Ст. 3103.

30. Про захист прав людини і основних свобод: Конвенція Ради Європи від 4 листопада 1950 р. *Голос України*, 2001 р. С. 59.

31. Європейська соціальна хартія від 3 травня 1996 р.: Хартія Ради

Європи URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/994_062 (дата звернення: 22.11.2022)..

32. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник / Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-К. Баню та Фонд відкритого суспільства. К., 2005. 989 с.

33. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, прийнятий ООН від 16 грудня 1966 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_043 (дата звернення: 30.08.2022).

34. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, прийнятий ООН від 16 грудня 1966 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_043 (дата звернення: 30.08.2022).

2015. Сенюта І.Я., Клапаций Д.Й. Права учасників антитерористичної операції у сфері охорони здоров'я. Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 64 с.

36. Про права дитини: конвенція ООН 1989 р. URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/995_384 (дата звернення: 31.10.2022).

37. Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок: конвенція ООН 1999 р. URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/995_207 (дата звернення: 22.11.2022).

38. Про захист прав іноземних робітників і членів їх сімей: конвенція ООН 1949 р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/n0001400-77> (дата звернення: 03.11.2022).

39. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнтів Всесвітньої медичної асамблеї від 1 жовтня 1981 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_016 (дата звернення: 30.08.22).

40. Дроздов С. Окремі аспекти інтегрування України в Європейське та світове співтовариство (в світлі проблем прав людини). *Право України*, 1998. № 9. С. 11 - 16.

41. Москаленко В.Ф. Нормативно-правова база - основа діяльності

медичних установ і закладів. *Законодавство України про охорону здоров'я*. Юрінком Інтер, 2000. 380 с.

42. Trigg N. Analysis: What next for the NHS? BBC News, 27 March 2012. Р. 4. (дата звернення: 03.11.2022).

43. Health and Social Care Act: act parliament of England, 2012. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> (дата звернення: 22.11.2022).

44. Health Act 2004. Irish Statute Book. Office of the Attorney General. URL: <http://health.gov.ie/publications-research/legislation/> (дата звернення: 15.11.2022).

45. Ireland's spend on health above EU average - OECD. Rte.ie, 2012. URL: <https://www.rte.ie/news/2012/1116/345998-health-oecd-european-union/> (дата звернення: 03.11.2022).

46. Health care. Ministry of foreign affairs of the republic of Latvia, 2016. URL: <http://www.mfa.gov.lv/en/about-the-ministry/state-protocol/health-care> (дата звернення: 03.11.2022).

47. Health care in Germany: The German health care system. Informed Health Online, 2015. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/> (дата звернення: 03.11.2022).

48. Hogan L. New German Anti-Bribery Law for the Healthcare Sector adopted, 2016. URL: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=615126ff-f015-4bca-8bff-c2e6e3510f18> (дата звернення: 03.11.2022)

49. Healthcare in Denmark: An Overview. Ministry of Health. Ministry of Health. 2017. URL: https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx (дата звернення: 03.11.2022).

50. Equal access - the key to keeping Sweden healthy. Sweden SE, 2018. URL: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> (дата звернення: 03.11.2022).

51. Equal access - the key to keeping Sweden healthy. Sweden SE, 2018. URL:<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>.
52. Конституція Франції від 04 жовтня 1958 р. URL: [http : //www. Conseilconstitutionnel. fr/conseilconstitutionnel/english/constitution/constitution-of4-october-1958.25742.html](http://www.Conseilconstitutionnel.fr/conseilconstitutionnel/english/constitution/constitution-of4-october-1958.25742.html) (дата звернення: 30.11.2022).
53. World Health Organization Assesses the World's Health Systems, 2010. URL: http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/.(дата звернення: 03.11.2022).
54. Конституція Республіки Польща від 2 квітня 1997 р. URL: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/angielski/kon1.htm> (дата звернення: 31.10.2022).
55. Конституція Литви від 25 жовтня 1992 р. URL: <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Constitution.htm> (дата звернення: 31.10.2022).
56. Конституція Португалії від 2квітня 1976 р. URL:https://www.constituteproject.org/constitution/Portugal_2005.pdf (дата звернення 25.11.2022).
57. Конституція УРСР від 30 січня 1937 р. URL: <http://gska2.rada.gov.ua/site/const/istoriya/1937.html> (дата звернення: 30.11.2022).
58. Конституція Фінляндії від 11 червня 1999 р. URL: <http://www.fmlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/en19990731.pdf> (дата звернення: 30.11.2022).
59. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник / Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства. К., 2005. 989 с.
60. Case Hristozov and Others v. Bulgaria: judgment of European Court of Human Rights 13 november 2012. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#"itemid":\["002-7298"](https://hudoc.echr.coe.int/eng#)(дара звернення: 03.11.2022).
61. Москаленко В.Ф. Право на здоров'є (охрану здоров'я): об'єм, смежные сфери. *Одеський медичний журнал*, 2006. №2 (94). С. 4 - 8.
62. Case K.H. and Others v. Slovakia: judgment of European Court of

Human Rights 28 april 2008. URL: <https://www.escri-net.org/caselaw/2009/kh-and-others-v-slovakia-european-court-human-rights-application-no-3288104> (дата звернення: 03.11.2022).

63. Case N. v. United Kingdom: judgment of European Court of Human Rights 27 may 2008. URL: <https://www.escri-net.org/caselaw/2012/case-n-v-united-kingdom> (дата звернення: 03.11.2022).

64. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у актах міжнародного рівня. Харків: ВПП "Контракт", 2007. 378 с.

65. Case G. N. and others v. Italy: judgment of European Court of Human Rights 1 december 2009. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20443445> (дата звернення: 03.11.2022).

Додаток А

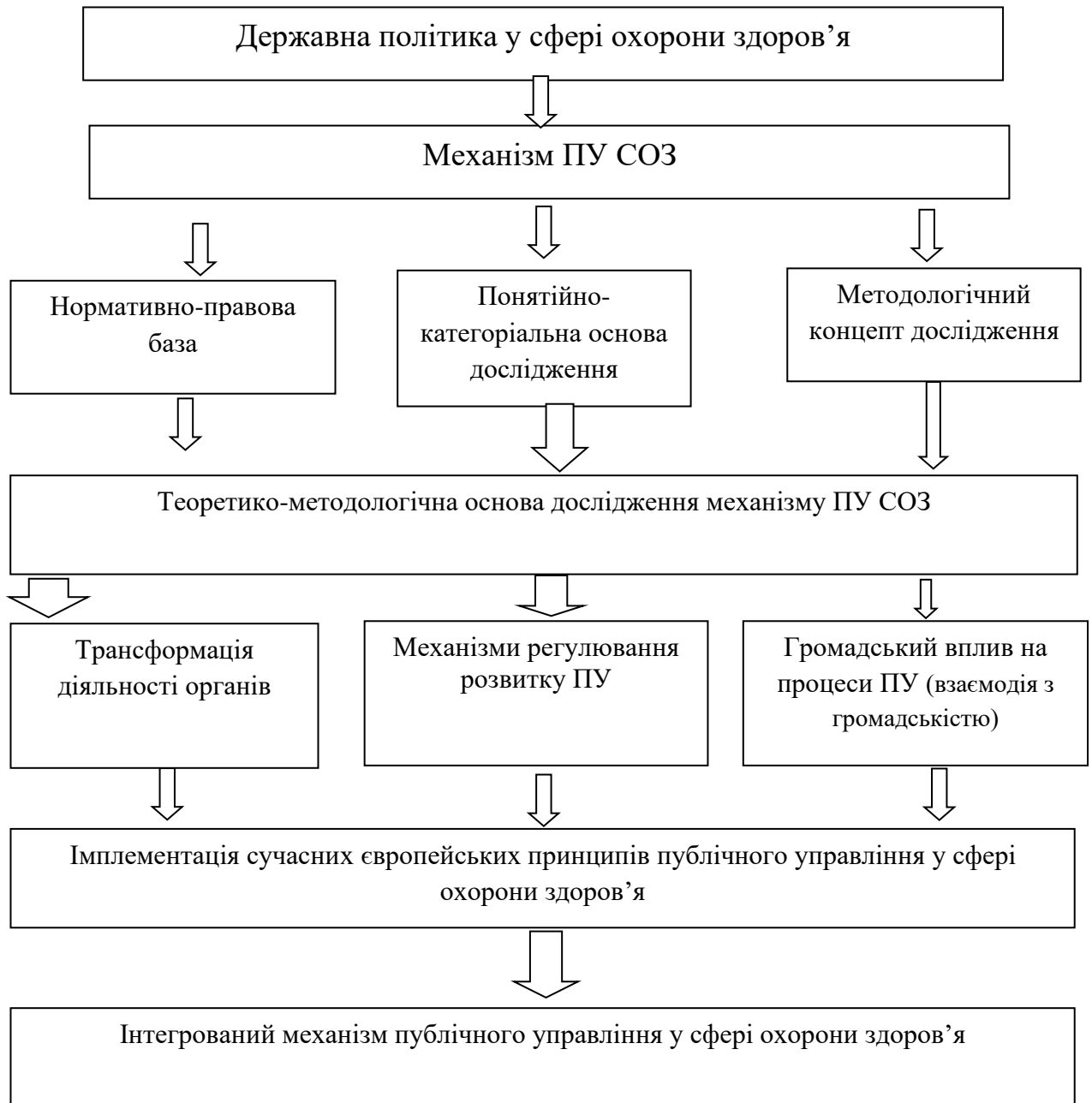


Рис. А.1. Концептуальна модель публічного управління в сфері охорони здоров'я