

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО ПРАВА

*Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису*

МАРКІНА АННА МИКОЛАЇВНА

УДК 342.92:347.961

ДИСЕРТАЦІЯ

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ**

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

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук

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

_____ А. М. Маркіна

Науковий керівник **Іванищук Андрій Анатолійович**, доктор юридичних
наук

Київ – 2018

АНОТАЦІЯ

Маркіна А. М. Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. – Науково-дослідний інститут публічного права, Київ, 2018.

У дисертації наведено розв’язання наукового завдання з розвитку засад й адміністративного інструментарію щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні.

Розкрито зміст медичних послуг як об’єкта адміністративно-правових відносин, визначивши об’єкт адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров’я як конкретне правове відношення, пов’язане з реалізацією публічною адміністрацією зобов’язання щодо забезпечення покращення фізичного і психічного здоров’я населення. Медичні послуги, їх якість, доступність, своєчасність і достатність є одним із чинників належного функціонування загальної системи охорони здоров’я, а тому можуть бути об’єктом відповідних адміністративних відносин. Визначено термін «медична послуга» з адміністративної точки зору та досліджено співвідношення «медичної послуги» та «медичної допомоги».

З’ясовано, що загальні принципи регулювання охорони здоров’я є системою засад, на яких має базуватись основа принципів надання медичних послуг, більше того – в аналізованій сфері провідне місце займають принципи державного управління, які притаманні виключно всім сферам адміністративної діяльності. Також виявлено, що принципи надання медичних послуг і принципи формування ринку медичних послуг певною мірою дублюються, проте медичні послуги мають базуватися на пріоритеті здоров’я конкретного пацієнта, у той час як ринок медичних послуг є елементом конкурентної економіки. Усі принципи в аналізованій сфері

класифіковано на організаційні (керівні засади здійснення такої діяльності); технічні (супроводжують процес надання медичних послуг); процедурні (реалізуються під час надання послуги); професійні (вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг).

Виявлено, що в умовах сучасності гостро стоїть потреба уніфікації та стандартизації надання медичних послуг. Доведено, що якість медичної послуги є суб'єктивним поняттям, однак, незважаючи на це, держава мусить весь час наглядати та контролювати окремі аспекти, що входять до розуміння надання якісної послуги, розроблюючи при цьому єдині уніфіковані та стандартизовані вимоги. 2017 року законодавець закріпив визначення поняття «медична послуга», тим самим увівши його в обіг на якісно-новому рівні – передбачивши правовий захист лікарів із визначенням обсягів їхньої діяльності та критеріїв її якості.

Доведено, що регулювальний вплив норм адміністративного права на суспільні відносини у сфері надання медичних послуг нечасто здійснюється виключно нормами адміністративного права. Загалом він реалізується через публічну адміністрацію. Сучасне розуміння трактування цього терміна зводиться до сукупності публічних органів (державних і недержавних), які діють з метою забезпечення як інтересів держави, так і інтересів суспільства в цілому. Виявлено дворівневу структуру публічної адміністрації в аналізованій сфері, суб'єкти якої зобов'язані створювати всі належні умови для медичних закладів, які безпосередньо надають медичні послуги населенню.

Удосконалено поняття елементів механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні як компонентів єдиного специфічного комплексного утворення, які в сукупності або окремо один від одного (як самостійні об'єкти) доводять процес публічного управління та надання адміністративних послуг у сфері будь-яких дій, пов'язаних із наданням матеріальних чи нематеріальних благ для покращення фізичного і психічного здоров'я населення, до логічного результату, виконуючи своє

правове завдання. Відповідно проаналізовано норми та принципи адміністративного права, застосування, реалізацію та тлумачення нормативних актів, юридичну відповідальність, форми, методи та процедури адміністративної діяльності публічної адміністрації в цій сфері як відповідні компоненти.

З'ясовано, що Міністерство охорони здоров'я, здійснюючи свою адміністративну діяльність, опосередковано долучається безпосередньо до врегулювання суспільних відносин у сфері надання медичних послуг, установлюючи основні засади реалізації такої діяльності. Досі триває впровадження нових організаційних засад охорони здоров'я в межах медичної реформи, а тому, поки не створено Нацслужби здоров'я, розглядати форми й методи її діяльності можливо тільки з урахуванням її майбутніх повноважень.

Відтак висунуто гіпотезу, згідно з якою формами і методами діяльності майбутнього ключового суб'єкта публічного адміністрування в аналізованій сфері будуть такі: правотворчі (служба готуватиме розпорядчі акти стосовно оперування бюджетними коштами, які пов'язані з медичним обслуговуванням населення); правозастосовні (мають бути реалізовані приписи нормативно-правових актів, які стосуються функціональних повноважень служби на безперервній основі); правозахисні (основним завданням буде реалізація державних фінансових гарантій стосовно медичного обслуговування пацієнтів, тим самим забезпечуючи належність, якість, достатність і допустимість медичних послуг); контрольні (буде слідкувати за дотриманням приписів договору медичного обслуговування між закладом надання медичних послуг і пацієнтом стосовно їх якості та обсягу); наглядові (здійснюватиме нагляд за додержанням установлених приписів шляхом здійснення відповідних перевірок); профілактичні (буде реалізовувати систему заходів з попередження виникнення несприятливих наслідків, які можуть бути зумовлені неякісним чи несумлінним виконанням обов'язків конкретних суб'єктів); переконання і примусу (займатиметься

впровадженням у свідомість громадян та суб'єктів надання медичних послуг настанов про міру належної та допустимої поведінки, а в разі відхилення від такої – застосовуватиме заходи притягнення винних до відповідальності).

Наголошено про необхідність розгляду питань адміністративних процедур і відповідальності в сфері надання медичних послуг відповідно до причинно-наслідкового зв'язку. За порушення встановленого правила передбачається покарання.

Адміністративна процедура насамперед передбачає послідовність здійснення індивідуальних, конкретних управлінських, організаційних і технічних адміністративних дій; вона тісно пов'язана з формами діяльності публічних органів, установлює порядок здійснення останніх і в аналізованій сфері має відповідати загальним вимогам, що стосуються надання адміністративних послуг. Наразі адміністративні процедури у сфері медичних послуг в умовах сьогодення перебувають на етапі становлення у зв'язку з оновленням законодавства та відсутністю конкретних правил діяльності суб'єктів охорони здоров'я під час надання медичних послуг.

Адміністративна відповідальність у сфері надання медичних послуг виникає на підставі вчинення конкретним суб'єктом делікту, покарання за яке передбачено законодавством. У сфері надання медичних послуг адміністративна відповідальність поки ще в основному законі прямо не передбачено, а стосується лише окремих аспектів діяльності суб'єктів її надання. Здійснено класифікацію адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг залежно від суб'єкта делікту: 1) адміністрації медичного закладу; 2) працівників закладу охорони здоров'я (лікарів); 3) осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами; 4) пацієнта.

Наголошено, що наразі гостро стоїть питання відповідальності медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта), адже право на таємницю про стан здоров'я належить до абсолютних прав, оскільки

цьому праву кореспондує обов'язок усіх інших осіб, яким стало відомо вищезазначену інформацію, утримуватися від її поширення. КУпАП не вирішує жодним чином цю проблему, а тому потребує доповнення статтею, яка встановить відповідальність за порушення конфіденційності під час надання медичних послуг, а також покарання і за медичні помилки.

Зазначено, що впровадження передового досвіду в управлінський процес сфери охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей у побудові якісної системи надання медичних послуг, а питання методів фінансування медичного обслуговування є ключовим під час оптимізації системи охорони здоров'я населення.

Передбачено, що участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики сфери надання медичних послуг є найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я в ЄС. За допомогою різноманітних інституцій держави визначають основні потреби громадян в аналізованій сфері через упровадження різноманітних механізмів залучення окремих верств населення до прийняття основних рішень, проводячи різноманітні консультативні, дорадчі та превентивні заходи. Доцільність створення в Україні окремого державного органу, що опікуватиметься низкою комунікативних і консультативних функцій у стосунках із громадськістю в усіх сферах державного управління, назріла вже давно. Наразі в кожному центральному органі виконавчої влади, що формує та реалізовує політику в певній сфері, існує структурний підрозділ, відповідальний за взаємодію зі ЗМІ та зв'язками з громадськістю.

Запропоновано під удосконаленням адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні розуміти вироблення теоретичних і практичних напрямків посилення потенціалу для подальшого розвитку цього явища та врегулювання спірних питань, що існують в його межах, через зміну, перероблення, скасування чи створення нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Запропоновано внести зміни й доповнення до Закону України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо підвищення адміністративно-правового статусу медичного закладу та безпосередньо лікарів як суб'єктів надання медичних послуг, більш чіткої формалізації процедури їх надання та уточнення категорійного апарату; значного посилення адміністративно-правового захисту пацієнтів через установлення адміністративної відповідальності за лікарську помилку, протидію використанню неефективних ліків, розголошенню відомостей про стан здоров'я пацієнта; а також загалом запропоновано розробити типовий договір надання медичних послуг і новий кодифікований Закон – Медичний кодекс України.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що сформульовані й аргументовані в дисертації теоретичні положення, висновки та пропозиції впроваджено та надалі може бути використано в науково-дослідній сфері – для подальшого теоретичного розроблення питань адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні; у правотворчості – для вдосконалення чинного законодавства в питаннях адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні; у правозастосовній діяльності – для покращення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні; у навчальному процесі – під час розроблення та викладання навчальної дисципліни «Адміністративне право України», у підготовці відповідних підручників, навчальних посібників, конспектів лекцій.

Ключові слова: адміністративна діяльність, адміністративно-правове регулювання, забезпечення, лікар, медичний заклад, медичні помилки, медичні послуги, модернізація, охорона здоров'я, якість та доступність медичної послуги.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ
в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

1. Маркіна А. Принципи надання медичних послуг в Україні. *Боротьба з організованою злочинністю і корупцією (теорія і практика)*. 2015. № 2. С. 112-119.
2. Маркіна А. Методи адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2016. Випуск 41. Т. 3. С. 101-106.
3. Маркіна А. Административная ответственность в сфере оказания медицинских услуг в Украине. *Право и Политика*. 2016. № 4. С. 95-100. (Киргизія).
4. Маркіна А. Стандарти надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2017. Випуск 6. С. 207-212.
5. Маркіна А. Медичні послуги як об'єкт адміністративно-правових відносин в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2017. Випуск 5. С. 147-153.
6. Маркіна А. Форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2017. Випуск 2. Т. 3. С. 112-117.
7. Маркіна А. Понятие и элементы механизма административно-правового регулирования предоставления медицинских услуг в Украине. *Право и Закон*. 2017. № 3. С. 127-131. (Киргизія).

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Маркіна А. Публічна адміністрація в сфері регулювання надання медичних послуг в Україні. *Юридичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень: матеріали міжнародної науково-практичної*

конференції (м. Київ, 12-13 травня 2017 р.). Київ: Центр правових наукових досліджень, 2017. С. 77-79.

9. Маркіна А. Перспективи розвитку міжбюджетних трансфертів у зв'язку з децентралізацією влади. *Вплив юридичної науки на розвиток міжнародного та національного законодавства*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Харків, 17-18 лютого 2017 р). Харків: ГО «Асоціація аспірантів- юристів», 2017. С. 39-43.

10. Маркіна А. Удосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні. *Правове регулювання суспільних відносин: актуальні проблеми та вимоги сьогодення*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 22-23 липня 2016 р.). Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2016. С. 96-98.

ANNOTATION

Markina A. M. Administrative and legal regulation of provision of medical services in Ukraine. – *Qualifying scientific work.*

Thesis submitted for the degree of Candidate of Juridical Sciences, specialty 12.00.07 – Administrative Law and Process; Financial Law; Information Law. – Research Institute of Public Law, Kyiv, 2018.

The dissertations are solving a new scientific task of developing the foundations and administrative tools concerning the administrative and legal regulation of the provision of medical services in Ukraine.

Content of medical services as an object of administrative-legal relations is disclosed. The object of administrative-legal relations in the field of health care is a concrete legal relationship is connected with the implementation of the obligation of the public administration to improve the physical and mental health of the population. Medical services, their quality, availability, timeliness and sufficiency are one of the factors of the proper functioning of the general health system and may therefore be the subject of appropriate administrative relations. The term "medical service" has defined from an administrative point of view. Also the relationship between "medical service" and "medical care" has investigated.

It is revealed that the general principles of health care regulation are a framework of principles on which the basis of the principles of medical services should be based. Moreover, in the analyzed area, the principles of public administration, which are inherent to all, without exception, spheres of administrative activity, occupy had important place. It has also been found that the principles of medical services and the principles of formulation of the medical services market are somewhat duplicated. The medical services should be based on the privilege health a particular patient, while the healthcare market is an element of a competitive economy. The principles in the analyzed area were classified to groups: organizational (guiding principles for the implementation of such activities); technical (which are accompanying the process of providing medical

services); procedural (which are implemented during the provision of services); professional (requirements that apply to the providers of medical services).

It is revealed that in today's conditions there is an urgent need to unify and standardize in the sphere of provision of medical services. It is proved that the quality of medical services is a subjective concept, however, despite this; the state should at all times control certain her aspects. In 2017, the legislator consolidated the definition of "medical service", thereby introducing it into circulation at a qualitatively new level.

It was proved that the regulatory influence of the norms of administrative law on public relations in the field of medical services is rarely carried out solely by the norms of administrative law. In general, it is implemented through public administration. The modern understanding of the interpretation of this term is reduced to a set of public bodies (state and non-state) that act to ensure both the interests of the state and the interests of society as a whole. A two-tier structure of public administration in the analyzed sphere was revealed, whose subjects are obliged to create all the appropriate conditions for medical institutions that directly provide medical services to the population.

Has been improved the concept of the elements of the mechanism of administrative and legal regulation of the provision of medical services in Ukraine. These are components of a single specific, complex entity which collectively or separately from each other (as separate objects) proves the process of public administration and the provision of administrative services in the field of any activity related to the provision of material or intangible goods for the improvement of physical and the mental health of the population to a logical result, fulfilling its legal task. Accordingly, has been analyzed the norms and principles of administrative law, application, implementation and interpretation of normative acts, legal responsibility, forms, methods and procedures of administrative activity of public administration in this area as appropriate components.

It was clarified that the Ministry of Health through its administrative activities indirectly carries out the regulation of public relations in the field of

provision of medical services. The implementation of the new organizational principles of health care in the framework of medical reform still holds up, and therefore, as long as no administrative procedures are established regarding the National Health Service consider forms and methods of its activity is possible determines only taking into account its future powers. .His forms and methods of activity will be: law-making; law enforcement; protective human rights; control; supervisory; preventive; persuasion and coercion.

Is emphasized of necessity of considering the issues together of administrative procedures and responsibility in the field of provision of medical services in connection with the presence of a causal link. For violation of the established rule - is foreseen the punishment.

Administrative procedure, first of all, is a sequence of implementation of individual, specific administrative, organizational and technical administrative actions; it is closely linked to the forms of activity of public bodies, establishing the procedure for the implementation of the latter and in the area under consideration should meet the general requirements for the provision of administrative services. At present, the administrative procedures in the field of medical services are beeing in stage of becoming.

Administrative liability in the field of provision of medical services arises on the basis of the commission of a specific subject of a tort, the punishment for which is provided by law. In the area of providing medical services, administrative liability is not yet foreseen in the basic law. She is concerns only certain aspects of the activities of the subjects of her provision. Classification of administrative responsibility in the field of provision of medical services depending on the subject of a tort to administrative responsibility: 1) administration of a medical institution; 2) employees of the health care institution (doctors); 3) persons who organize the provision of a medical institution with various resources; 4) the patient.

Was emphasized that the issue of the responsibility of medical laboratories (clinic-diagnostic) about disclosure of information about the patient's health is currently very acute. The right to a secret about the state of health is belongs to

absolute rights, since this right corresponds to the duty of all other persons who became aware of the above information, to refrain from its dissemination. Administrative law does not solve this problem in any way, and therefore needs to be supplemented by an article that establishes liability for privacy violations during the provision of medical services, as well as punishment of medical errors.

It is noted that the introduction of best practices of countries in the management process of the health care sector is one of the key element of building high-quality medicine, and the issue of health care methods of financing is key in optimizing the health care system of the population.

It is envisaged that public participation in the development and implementation of state policy on the provision of medical services is the most important aspect of the development of the health care system in the EU. With the help of various state institutions, they determine the basic needs of citizens in the area under consideration by introducing various mechanisms for attracting certain segments of the population to make key decisions by conducting a variety of advisory, advisory and preventive measures. The expediency of establishing in Ukraine a separate state body, which will take care of a number of communicative and advisory functions with the public in all spheres of public administration, has been long existing. Currently, there is a structural unit responsible for interacting with mass media and public relations in every central executive body that forms and implements policy in a particular area.

It is proposed to improve the administrative legislation in the field of medical services in Ukraine by changing, processing, abolishing or creating regulatory legal acts in the field of protection health.

It is proposed to amend and to: The Law of Ukraine of November 19, 1992, No. 2801-XII "Fundamentals of Ukrainian Health Law" regarding the increase of the administrative and legal status of a medical institution and directly doctors as subjects of provision of medical services; regarding the procedure for the provision of medical services; clarification of categorical apparatus; strengthening of administrative and legal protection of patients by establishing administrative

responsibility for medical errors; counteracting the use of ineffective medicines, disclosing information about the health of the patient; in general, it is proposed to develop a model contract for the provision of medical services and a new codified Law - the Medical Code of Ukraine.

The practical significance of the results obtained is that the theoretical positions formulated and substantiated in the dissertation are implemented and can be used in the research field for further theoretical development of issues of administrative and legal regulation of the provision of medical services in Ukraine; in law-making - on the improvement of the current legislation in matters of administrative and legal regulation of the provision of medical services in Ukraine; in law enforcement activities - on improving the administrative and legal regulation of the provision of medical services in Ukraine; in the educational process - during the development and teaching of the discipline "Administrative Law of Ukraine", in the preparation of relevant textbooks, manuals, lecture notes.

Key words: administrative activity, administrative-legal regulation, doctor, health care, medical errors, medical institution, medical services, modernization, provision, quality and availability of medical services.

LIST OF APPLICANT'S PUBLICATIONS

Main scientific results of the thesis:

1. Markina A. Principles of Providing Medical Services in Ukraine. *Fighting Organized Crime and Corruption (theory and practice)*. 2015. No. 2. P. 112-119.
2. Markina A. Methods of Administrative Activity of Public Administration on Administrative and Legal Regulation of Provision of Medical Services in Ukraine. *Scientific Bulletin of Uzhgorod National University*. The series "Right". 2016. Issue 41. T. 3. P. 101-106.
3. Markina A. Administrative Responsibility in the Sphere of Medical Services in Ukraine. *Scientific and Methodological Journal "Law and Politics"*. 2016. No. 4. S. 95-100. (Kirghizia).

4. Markina A. Standards of provision of medical services in Ukraine. *Scientific Bulletin of Public and Private Law*. 2017. Issue 6. P. 207-212.
5. Markina A. Medical services as an object of administrative-legal relations in the field of healthcare. *Scientific Bulletin of Public and Private Law*. 2017. Issue 5. P. 147-153.
6. Markina A. Forms of administrative activity of public administration regarding administrative-legal regulation of medical services provision in Ukraine. *Scientific Herald of Kherson State University. Series "Legal Sciences"*. 2017. Issue 2. T. 3. P. 112-117.
7. Markina A. The concept and elements of the mechanism of administrative and legal regulation of the provision of medical services in Ukraine. *International scientific and practical journal "Law and Law"*. 2017. No. 3. P. 127-131. (Kirghizia).

publications of thesis approbation:

8. Markina A. Public administration in the field of regulating the provision of medical services in Ukraine. *Legal sciences: history, current state and prospects of research: materials of the international scientific and practical conference (Kyiv, May 12-13, 2017)* Kyiv: Center of Legal Research, 2017. S.77-79
9. Markina A. Prospects for the development of intergovernmental transfers in connection with decentralization of power. *Impact of legal science on the development of international and national legislation: materials of the international scientific and practical conference (Kharkiv, February 17-18, 2017)*. Kharkiv: NGO "Association of post-graduate students-lawyers", 2017. pp. 39-43
10. Markina A. Improvement of administrative legislation in the sphere of provision of medical services in Ukraine. *Legal regulation of social relations: actual problems and requirements of the present: materials of the international scientific and practical conference (Zaporizhzhya, July 22-23, 2016)*. Zaporozhye: Zaporizhzhya city public organization "Truth", 2016. S. 96-98.

ЗМІСТ

ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ	25
1.1. Медичні послуги як об’єкт адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров’я.....	25
1.2. Принципи надання медичних послуг.....	42
1.3. Стандарти надання медичних послуг.....	58
Висновки до розділу 1.....	72
РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ	79
2.1. Поняття та елементи механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні.....	79
2.2. Форми і методи адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг.....	95
2.3. Деякі адміністративні процедури та адміністративна відповідальність у сфері надання медичних послуг.....	113
Висновки до розділу 2.....	131
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	139
3.1. Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров’я.....	139
3.2. Удосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні.....	159
Висновки до розділу 3.....	174
ВИСНОВКИ	182
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	186
ДОДАТКИ	206

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Серед усіх цінностей, які має охороняти держава, на першому місці – життя та здоров'я людини. Усі без винятку люди є смертними з погляду світської філософії, однак сучасні медичні технології дозволяють їм прожити тривале й комфортне життя і без болю відійти в інший світ. Для цього вчені-лікарі розробляють, а держава юридично затверджує та забезпечує достатнім ресурсом медичні технології лікування пацієнтів.

В умовах сьогодення взаємовідносини між медичними закладами (лікарями) здійснюються через певний юридично-медичний механізм – надання медичних послуг, які мають бути певним чином розроблені, апробовані, формально-юридично затвержені та контролюватися спеціальними адміністративними органами під час їх надання.

Такий підхід дає позитивні результати: за даними Світової організації охорони здоров'я, середня тривалість життя у світі останнім часом збільшилася на 5 років. Найбільш розвинені країни досягли значних успіхів у цій сфері: в Японії, Італії, Сінгапурі середня тривалість життя перевищує 83 роки. В Україні вона становить 71 рік (жінки – 76, чоловіки – 66). І хоча цей показник став кращим порівняно з 1990 р. (69 років), однак у рейтингу тривалості життя Україна займає 111 місце у світі¹. Такий стан речей корелюється з результатами виміру Індексу здоров'я, який було здійснено міжнародними і вітчизняними громадськими організаціями: 2016 року він становив 56 з максимальних 100 балів². Проте, як засвідчили результати власного соціологічного дослідження, 71% опитаних громадян не задоволені якістю надання медичних послуг у вітчизняних державних і комунальних медичних закладах (додаток Б до дисертації).

¹ Life expectancy. World Health Organization. 2015. URL: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

² Індекс здоров'я. Україна. 2016. URL: <http://health-index.com.ua/>

Суспільні відносини між медичними закладами (лікарями) та пацієнтами регулюються багатьма галузями права, вагоме місце серед яких займають норми адміністративного права, що визначають адміністративні процедури ліцензування суб'єктів медичної практики, затверджують стандарти надання медичних послуг, адміністративну відповідальність за неякісне їх надання чи обмеження права на їх отримання.

Усе це свідчить, що проблема забезпечення населення належними медичними послугами є нагальною, а прорахунки у цій сфері негативно впливають на фізичну і психологічну якість життя громадян і загалом знижують її тривалість. Іншими словами, якість і тривалість життя громадян безпосередньо залежить від удосконалення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг.

Зв'язок теми дисертації із сучасними дослідженнями. Схожу з нами проблематику досліджували сучасні вітчизняні вчені-юристи. Так, професор З. Гладун розкрив загальні положення адміністративно-правової природи медичних послуг в Україні¹, Н. Шевчук аналізувала медичні послуги в контексті страхової медицини², Ю. Котляревський з'ясував змістовну характеристику дефініції медичної послуги, виходячи з пріоритетів її призначення та оцінювання пацієнтами³.

Крім вищезазначених учених, питання адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг досліджували В. Авер'янов, Н. Армаш, О. Баєва, В. Басс, В. Бевзенко, Я. Березницький, О. Берназ-Лукавецька, Ю. Битяк, В. Галуцько, В. Гаращук, Ю. Гаруст, О. Джафарова, Г. Дзяк, О. Дрозд, Ю. Єрмолова, О. Єшук, Д. Журавльов, Г. Заяць, А. Іванищук, А. Манжула, С. Михайлов, І. Музика, З. Надюк, О. Овчарук, С. Орехов, І. Орловська, В. Пономаренко, М. Самофал, О. Скрипник,

¹ Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення в Україні: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. 40 с.

² Шевчук Н. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні. автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2008. 18 с.

³ Котляревський Ю. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2009. 20 с.

Р. Стефанчук, С. Стеценко, Т. Стризреп, В. Чернецький, І. Шевчук, В. Шкарупа та інші.

Проте названі вчені розкрили лише окремі аспекти адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг або аналізували це питання в більш широкому, вузькому або суміжному форматі.

Отже, неоднозначність впливу медичних послуг на населення України, незадоволеність громадян їх наданням у державних і комунальних медичних закладах, складнощі втілення у правозастосування і правореалізацію законодавчих положень новітньої медичної реформи, неузгодженість багатьох адміністративно-правових актів у цій сфері зумовлюють актуальність дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертацію виконано відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, ратифікованої Законом України від 16 вересня 2014 р. № 1678-VII, Стратегії сталого розвитку Україна-2020, затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5, Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 і плану науково-дослідницької роботи Науково-дослідного інституту публічного права за темою «Правове забезпечення прав, свобод та законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації 0115U005495).

Мета і завдання дослідження. *Мета* роботи полягає в тому, щоб на основі комплексного аналізу теоретико-методологічних засад, нормативних основ і практичної реалізації публічною адміністрацією адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні розробити положення щодо вдосконалення чинного законодавства, спрямованого на отримання громадянами доступних і якісних медичних послуг у вітчизняних медичних закладах.

Відповідно до поставленої мети в роботі поставлено вирішити такі *завдання*:

- розкрити зміст медичних послуг як об’єкта адміністративно-правових відносин;
- виявити й узагальнити принципи надання медичних послуг;
- з’ясувати стандарти надання медичних послуг;
- розкрити поняття та елементи механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні;
- з’ясувати форми й методи адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо надання медичних послуг в Україні;
- визначити особливості адміністративних процедур та адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг в Україні;
- здійснити аналіз ефективного зарубіжного досвіду з надання медичних послуг у зарубіжних країнах;
- удосконалити адміністративне законодавство у сфері надання медичних послуг в Україні.

Об’єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають під час здійснення публічною адміністрацією адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні.

Предмет дослідження – адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні.

Методи дослідження. *Діалектичний* метод наукового пізнання дозволив виявити засадничі наукові положення й основоположні вимоги, що поширюються на суб’єктів надання медичних послуг і шляхом їх критичного опанування в умовах суперечностей і заперечень узагальнити й описати принципи надання медичних послуг; також цей метод дозволив розкрити природу медичної послуги як об’єкта адміністративно-правових відносин (підрозділи 1.1, 1.2)

Метод *дедукції* було використано під час розкриття спеціальних чинників дослідження, виходячи з більш загальних конструкцій (підрозділи 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3). Одночасно за допомогою методу *індукції* вдалося

шляхом аналізу численних одиничних чинників прийти до новітніх якісних концептуальних узагальнень (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3, 3.1).

Методи *аналізу й синтезу* знайшли широке використання в усіх розділах дисертації, коли на основі розрізнених положень, які було розкладено на одиничні юридичні елементарні складові, було сформовано новітні наукові положення з відмінною від материнської основи якістю (підрозділи 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1).

Формально-догматичний метод наукового пізнання використовувався майже в усіх підрозділах дисертації для з'ясування «чистого» змісту норм адміністративного права, без зв'язку їх з іншими соціальними чинниками (підрозділи 1.1, 1.3, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1).

Соціологічний метод дозволив провести й обробити результати власного соціологічного опитування (додаток Б до дисертації). Метод *порівняльного правознавства* забезпечив здійснення компаративістичної характеристики ефективного зарубіжного досвіду (підрозділ 3.1). Методи *правового прогнозування, законотворчості та підзаконної правотворчості* стали незамінними при формуванні змін і доповнень до чинного законодавства (підрозділ 3.2).

Наукова новизна отриманих результатів аргументується тим, що дисертація є першим комплексним монографічним дослідженням у вітчизняній правовій літературі, присвяченим комплексному аналізу адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. Сформовано низку висновків, рекомендацій і пропозицій щодо вдосконалення чинного законодавства України в зазначеній сфері, зокрема:

уперше:

– сформовано принцип гарантованого надання медичних послуг особам у межах державних, комунальних або/та приватних програм як системи засадничої відповідальності державних, комунальних і приватних закладів за доступність і якість медичних послуг, що фінансуються в межах цих програм, при покладенні фінансового тягаря оплати медичних послуг за їх

межами на страхового суб'єкта, а у приватних медичних закладах – також і на споживача медичних послуг;

удосконалено:

– наукове розуміння медичної послуги як об'єкта адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров'я, як найвищого соціального блага (життя і здоров'я людини), які забезпечуються ліцензованими суб'єктами надання медичних послуг шляхом профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, вагітністю та пологами;

– механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні як сукупність засад та адміністративного інструментарію, яким користується публічна адміністрація під час упровадження процесу впорядкування суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняються у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення в кінцевому рахунку корисного лікувального ефекту;

– методи адміністративної діяльності публічної адміністрації стосовно адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – як адміністративні засоби цілеспрямованого впливу з боку спеціальних медичних суб'єктів публічного адміністрування на поведінку учасників суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняються, шляхом заохочення, переконання керівників медичних закладів і лікарів, а також застосування щодо них адміністративного примусу в разі грубого порушення якості надання медичних послуг;

– адміністративне законодавство у сфері надання медичних послуг в Україні – шляхом підвищення адміністративно-правового статусу медичного закладу та безпосередньо лікарів як суб'єктів надання медичних послуг, більш чіткої формалізації процедури їх надання та уточнення категорійного

апарату, значного посилення адміністративно-правового захисту пацієнтів через встановлення відповідної адміністративної відповідальності;

отримали подальшого розвитку:

– наукові положення щодо поняття стандарту медичної допомоги як сукупності обов’язкових до виконання всіма медичними закладами, незалежно від форми власності, вітчизняних норм права як індикаторів якості надання медичної допомоги, розроблених на основі вітчизняних традицій і кращих досягнень світової медицини та затверджених центральним органом виконавчої влади, що здійснює державну політику у сфері охорони здоров’я;

– наукові положення щодо адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг як обов’язку особи, яка порушила встановлений нормативно-правовими актами порядок надання медичних послуг, понести позбавлення організаційного або/та матеріального характеру, передбачені санкціями норм адміністративного права, з метою відновлення порушеного фізичного і психічного здоров’я особи, яка постраждала в результаті правопорушення і недопущення здійснення таких дій у подальшому;

– компаративістичні чинники надання медичних послуг у зарубіжних державах і Україні, у результаті чого виявлено, що в Україні надання медичних послуг перебуває на низькому рівні порівняно з усіма без винятку країнами-учасницями ЄС, Північної Америки та більшістю країн-сусідів, у яких затверджені й дотримуються високі стандарти надання таких послуг, а фінансування здійснюється за рахунок страхових внесків, державного фінансування, бізнесу та приватних надходжень.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони використовуються та можуть бути використані у:

– *науково-дослідній сфері* – для подальшого теоретичного розроблення питань адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні (акт впровадження Науково-дослідного інституту публічного права);

– *правотворчості* – щодо вдосконалення чинного законодавства в питаннях адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні (додаток В до дисертації);

– *правозастосовній діяльності* – щодо покращення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні (акт впровадження Національного інституту раку);

– *навчальному процесі* – під час розроблення та викладання навчальної дисципліни «Адміністративне право України», при підготовці відповідних підручників, навчальних посібників, конспектів лекцій (акт впровадження Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»).

Апробація матеріалів дисертації. Основні положення дисертаційного дослідження оприлюднювалися й обговорювалися на трьох міжнародних науково-практичних конференцій: «Правове регулювання суспільних відносин: актуальні проблеми та вимоги сьогодення» (м. Запоріжжя, 22-23 липня 2016 р.), «Перспективи розвитку міжбюджетних трансфертів у зв'язку з децентралізацією влади» (м. Харків, 17-18 лютого 2017 р.), «Публічна адміністрація в сфері регулювання надання медичних послуг в Україні» (м. Київ, 12-13 травня 2017 р.).

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, що містять вісім підрозділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Основний обсяг дисертації складає 185 сторінок. Робота містить список використаних джерел із 204 найменувань на 21 сторінці.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

1.1 Медичні послуги як об'єкт адміністративно-правових відносин в галузі охорони здоров'я

Будь-яка країна, зокрема й Україна, прагне розбудови, орієнтуючись на основні потреби свого населення. У свою чергу здоров'я є одним з основних чинників, які відіграють визначальну роль під час реалізації заявленого вище завдання.

Однак, які б не були старання нашої держави, за офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, стан здоров'я вітчизняного населення за останні десять років значно погіршився. Сьогодні населення потерпає від поєднаної дії економічної, екологічної та демографічної криз. За останні десять років чисельність населення нашої держави скоротилася на 7,7%, у той же час значно зросла захворюваність у більшості класів хвороб. Тривалість життя в Україні на 11 років менша ніж у країнах Євросоюзу. Досвід провідних країн Європи показує, що розвинений ринок медичних послуг забезпечує населенню належний доступ до якісного медичного обслуговування, опосередковано впливаючи на збільшення тривалості життя, поліпшення здоров'я, збереження генофонду нації. На жаль, в Україні сучасний ринок медичних послуг є складним, багаторівневим, поліфункціональним утворенням, формується спонтанно й хаотично, а в деяких регіонах – і доволі повільно [52, с. 336].

У перспективі найближчих конституційних змін, спрямованих на забезпечення та гарантування безоплатного права кожному на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування шляхом зобов'язання держави створювати умови для ефективного і доступного всім громадянам

медичного обслуговування [73], медична реформа передбачає введення оплати за медичні послуги.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада дала старт медичній реформі, остаточно ухваливши Закон «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (№6327). Також було прийнято за основу законопроект щодо необхідних змін до держбюджету (№6604) і президентський законопроект «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (№7117). Коментуючи останній законопроект, президент П. Порошенко заявив: «Він відкриває можливості для забезпечення доступної та якісної первинної медичної допомоги для сільських жителів. Заклади охорони здоров'я та їхні відділення будуть укомплектовані необхідним обладнанням і набором ліків. Сільські лікарі отримають стимулюючу оплату праці і гідні умови для життя. На допомогу жителям села прийде телемедицина, консультування найкращих фахівців. Цей Закон уже має фінансовий ресурс. Державний бюджет України на 2017 рік вже передбачає виділення 4 млрд. грн. на оновлення сільської медицини» [93].

З 2018 року українці самі обиратимуть собі лікаря – терапевта, педіатра, сімейного лікаря. З ним безпосередньо або через лікарню буде підписуватися договір про намір лікуватися саме в нього. Таким чином зникне прив'язка людей до лікарень за місцем прописки. Лікаря можна буде вільно змінити. Лікування в сімейного лікаря, а також базові аналізи будуть безкоштовними. 2018 року на одного пацієнта для первинної допомоги держава виділятиме 370 грн., 2019 року – 450 грн. У МОЗ запевняють, що безкоштовними будуть первинна, екстрена та паліативна допомога, а також ведення вагітності й пологи. Щороку уряд готуватиме, а Верховна Рада ухвалюватиме список, що в медицині буде безкоштовно, а що – ні [92].

Отже, законодавчі зміни торкнуться не тільки сфери фінансування медичних послуг, а й всієї системи правового регулювання галузі охорони

здоров'я, оскільки вбачається, що саме проблеми її функціонування є стрижнем її дисфункціональності.

Слід наголосити, що медицина є невід'ємною галуззю повсякденного життя, яка надає громадянам турботу, полегшення страждань і радість одужання. Однак, незважаючи на досягнення медичної науки та практики, у профілактиці й лікуванні багатьох хвороб поширені випадки, коли лікування не призводить до бажаного результату. У таких умовах досягти бажаного результату неможливо, права й охоронювані законом інтереси громадян порушуються, при цьому витрачаються значні фінансові засоби. Медицина та медичні працівники не всесильні. У той же час несприятливі наслідки в медичній практиці можуть зумовлюватися не тільки об'єктивними, але й суб'єктивними чинниками, зокрема неправильними діями медичного персоналу [94; 98, с. 177]. Більше того, в Україні кошти, які збираються через загальні податки та акумулюються в державному бюджеті, витрачаються не на фінансування медичних послуг і лікарських засобів конкретним особам у разі їх хвороби, а на підтримку наявної мережі закладів охорони здоров'я незалежно від кількості та якості фактично наданих ними пацієнтам послуг [127].

Таким чином, у країні діє застаріла модель організації та функціонування сфери охорони здоров'я, основні складові якої не підлягали кардинальному реформуванню впродовж останніх десяти років, тим самим гальмуючи процес упровадження загальнолюдських цінностей та особи-пацієнта як центрального споживача отримання медичних послуг.

Слід додати, що стратегічні напрямки гуманізації соціально-економічного розвитку України передбачають створення сприятливих умов для реалізації трудового потенціалу кожного громадянина країни на основі доступності всього спектру соціальних послуг. Наразі ми спостерігаємо суперечності між необхідністю капіталізації економіки та її гуманізацією, розв'язанням яких має опікуватися держава [53, с. 80]. Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також дослідження

специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» [127].

Тож, розуміючи, що основу будь-якого правового втручання складають конкретні правові відносини, на які здійснюється державно-владний вплив, зокрема і в галузі охорони здоров'я, зазначимо, що коли ми говоримо про «відносини» у праві чи суспільстві, під ними слід розуміти зв'язок або взаємозв'язок між суб'єктами права, суспільства. Тому визначення поняття «правовідносини» можна викласти таким чином: це врегульовані правом взаємовідносини (взаємозв'язок) суб'єктів права, які виражаються в реалізації їх суб'єктивних прав і юридичних обов'язків або взаємовідносин (взаємозв'язків) суб'єктів права, які мають правову форму [184, с. 1117]. Слід додати, що це специфічні взаємодії, урегульовані всілякими соціальними нормами. Вони виникають між двома й більше людьми, які відіграють певну соціальну роль, мають якусь соціальну позицію. Виникають вони також і між групами людей, між людиною та групою [171]. Оскільки це завжди двосторонній зв'язок конкретно визначених суб'єктів, то одна сторона має права, а інша – відповідні обов'язки. Правові відносини забезпечуються державно-правовими засобами, зокрема й державним примусом. Тому правові відносини можна визначити як врегульовані правом суспільні відносини, учасники яких є носіями суб'єктивних прав та юридичних обов'язків, і які перебувають під охороною держави [181, с. 78].

З цього слідує, що загальними ознаками правових відносин є те, що вони виявляють двосторонній зв'язок між конкретними суб'єктами права; реалізуються в конкретній формі; перебувають під охороною держави; забезпечуються за необхідності державним примусом.

Окрім того, інтерпретуючи думки провідних науковців, маємо змогу доповнити загальні ознаки правових відносин ще такими: це форма

суспільного відношення особливого роду; вони урегульовуються нормами права, де передбачається міра доступної, належної та допустимої поведінки.

Однак, зважаючи на специфіку цього дослідження, нас цікавлять саме адміністративно-правові відносини, під якими можна розуміти: суспільні відносини у сфері державного управління, учасники яких є носіями прав і обов'язків, урегульованих нормами адміністративного права [20, с.40]; різновид юридичних відносин, які виникають на основі адміністративно-правових норм, формально закріплених у правових актах, вони виявляють себе переважно у вигляді відносин праворегулятивних і правоохоронних, мають організаційний та виконавчо-розпорядчий характер, захищені державним примусом [7, с. 106]; це врегульовані нормами адміністративного права суспільні відносини, які складаються у сфері державного управління [58]; це відносини, які виникають з приводу виконання адміністративних зобов'язань публічною адміністрацією, характерною ознакою яких є те, що органи публічної адміністрації постають у них владною стороною, яка реалізує свої виконавчо-розпорядчі повноваження [70].

Відтак їх специфіка полягає в тому, що вони врегульовуються більшою мірою нормами адміністративного права; складаються у сфері саме державного управління; мають організаційний та виконавчо-розпорядчий характер; виявляють наявність владного суб'єкта і підконтрольного об'єкта як учасників цих відносин, що характеризуються їх нерівністю; підставою їх виникнення є зобов'язання публічної адміністрації.

Таким чином, адміністративно-правові відносини в галузі охорони здоров'я – це форма суспільного відношення особливого роду (організаційного та виконавчо-розпорядчого характеру), урегульована головним чином нормами адміністративного права, що виникає в сфері надання адміністративних послуг і здійснення державного управління під час реалізації публічною адміністрацією зобов'язання щодо забезпечення фізичного і психічного здоров'я населення, репрезентуючи при цьому двосторонній зв'язок між владним суб'єктом і підконтрольним об'єктом (як

учасників цих відносин), який характеризується їх нерівністю в мірі доступної, належної та допустимої їх поведінки й перебуває під охороною держави (забезпечується за необхідності державним примусом).

Основним нашим завданням є визначення медичних послуг як об'єкта адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров'я. Стосовно цього першочергово зазначимо, що як об'єкт пізнання визначаються лише ті зв'язки, відносини, властивості реального об'єкта, що включені до процесу пізнання. Будь-який об'єкт дослідження – це певна сукупність властивостей та відносин, що існує незалежно від дослідника, але ним відображається [57]. Це щось невідоме, не розкрито теоретично на доктринальному рівні, те, що потребує подальших наукових досліджень [81, с. 16].

А тому об'єкт адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров'я – це конкретне правове відношення, пов'язане з реалізацією публічною адміністрацією зобов'язання щодо забезпечення покращення фізичного і психічного здоров'я населення.

Слід наголосити, що загальна розбалансованість галузі охорони здоров'я та несприятливі показники медико-демографічної ситуації спричинені насамперед вадами системи, до яких відносимо:

- недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази;
- технологічне відставання від світових медичних стандартів і низьку якість медичних послуг;
- недосконалість механізмів фінансування системи охорони здоров'я та нераціональне використання наявних ресурсів. Чинна система фінансування охорони здоров'я призвела до того, що 90% усіх фінансових ресурсів спрямовуються на оплату праці та комунальні платежі, і тільки 10% – на надання медичної допомоги;
- неефективність організаційно-функціональної структури системи охорони здоров'я (відсутність чіткої диференціації закладів охорони здоров'я, надлишок порівняно з країнами ЄС стаціонарних закладів і

лікарняних ліжок, надмірна спеціалізація медичних установ, нераціональне використання наявних ресурсів тощо);

– незадовільний матеріально-технічний стан медичних закладів різного рівня, починаючи з амбулаторно-поліклінічної ланки й закінчуючи клініками вищих навчальних закладів і науково-дослідних інститутів МОЗ та Академії наук України, в яких надається спеціалізована медична допомога;

– переважна орієнтованість української системи охорони здоров'я на захворюваність і хворого, а не на профілактику захворюваності та здорову людину. Відсутня система здоров'я нації – на державному і місцевих рівнях, на рівні громад не створюються умови для забезпечення здорового способу життя серед широких верств населення. Проте відомо, що стан здоров'я людини на 30-50% залежить від її власного свідомого ставлення до себе та дотримання оптимального способу життя. Крім причин медичного спрямування існують й інші – соціальні, економічні, політичні, екологічні, які суттєво впливають на стан здоров'я людини (несприятлива екологічна ситуація, низька якість питної води та продуктів харчування, низький рівень доходів більшості населення, по суті відсутність умов для здорового способу життя, економічна доступність шкідливих для здоров'я товарів – тютюнових, алкогольних тощо) [52, с. 339; 176].

З цього слідує, що медичні послуги, їх якість, доступність, своєчасність і достатність є одним із чинників належного функціонування загальної системи охорони здоров'я, а тому можуть бути об'єктом відповідних адміністративних відносин.

Першочергово зазначимо, що медичні послуги надають професійні лікарі, перші згадки про яких дають нам агіографічні життєписи святих і наставників Києво-Печерського монастиря, що активно поширювались усно й письмово (через літописання). Їх можна проектувати на лікування в Київській Русі, оскільки ченці займалися траво- і водолікуванням, надаючи необхідну допомогу населенню. Значна їх увага приділялася молитвам, лікуванню разом з тілом душі хворого, зосередженню на ідеї спасіння після

смерті. Існує, наприклад, опис лікування чернігівського князя Ніколи Святоші, який на застереження ченця-лікаря про небезпеку смерті в разі недотримання всіх лікувальних приписів відповідав, що при повазі до лікаря і його лікувальних процедур для нього «можливість умерти за Христа є найціннішим надбанням» [1, с. 115; 49, с. 138]. Тобто зародження інституту надання медичних послуг письмово фіксується від доби Київської Русі.

Якщо розглядати термін «медичні послуги», то слово «послуги» трактується Ф. Котлером як «об'єкти продажу у вигляді дій, вигод або задоволення» [52, с. 337; 188, с. 6]. Сучасне нормативне законодавство в цій сфері застосовує термінологію, яка за своєю сутністю об'єднує різні шари нормативного матеріалу й різні юридичні конструкції. Щодо нормативного закріплення поняття «послуга» в сучасному цивільному законодавстві можна зазначити таке: відповідно до загальновизнаної в цивільному праві класифікації послуги віднесено до договірних зобов'язань, і знайшли вони своє відображення в главі 63 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України). Із прийняттям чинного ЦК України послуги вперше виділяються в самостійний розділ, який об'єднує норми узагальнювального й імперативного змісту, й мають регулювати значний неокреслений спектр послуг (приватних і публічних).

Проте чинний прогресивний ЦК України в главі 63, що присвячена загальним положенням про послугу, тлумачення терміна «послуга» не надає. Згідно зі ст. 177 ЦК України послуга є окремим об'єктом цивільних прав серед речей, майнових прав, результатів робіт, результатів інтелектуальної, творчої діяльності, інформації, а також інших матеріальних і нематеріальних благ. Закон України «Про соціальні послуги» в ст. 1 надає поняття соціальних послуг, під якими розуміє комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних й інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, що перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та

повернення до повноцінного життя. До речі, лише в цьому нормативному акті зроблено спробу хоч якимось чином класифікувати послуги.

Закон України «Про стандарти, технічні регламенти та процедури оцінки відповідності» послугою називає результат економічної діяльності, яка не створює товар, але продається та купується під час торговельних операцій. Пункт 17 Закону України «Про захист прав споживачів» розкриває послугу як діяльність виконавця з надання (передання) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб.

Державний класифікатор України дає таке поняття послуги: послуга – це наслідок безпосередньої взаємодії між постачальником і споживачем, внутрішньої діяльності постачальника для задоволення потреб споживача. Те ж відтворюється в Наказі Держкомзв'язку «Про встановлення рівня якості послуг проводового мовлення» від 14.09.2001 р. № 133, Наказі Держстандарту «Правила обов'язкової сертифікації готельних послуг» від 27.01.1999 р. № 37 (Держстандарт, Наказ «Державний класифікатор України. Класифікатор відходів ДК 005-96» від 29.02.1996 № 89). Натомість стосовно послуг зовнішньоекономічної діяльності Державний класифікатор України послугу розкриває як результат трудової діяльності, що відображається в корисному ефекті, особливій споживчій вартості (Держстандарт, Наказ «Державний класифікатор України. Класифікація послуг зовнішньоекономічної діяльності ДК 012-97» від 02.06.1997 р. № 324). У підпункті 14.1.151. ст. 14 Податкового кодексу України зазначено, що платні послуги – це діяльність, пов'язана з наданням побутових послуг для задоволення особистих потреб замовника за готівку, а також з використанням інших форм розрахунків, включаючи платіжні картки. Як бачимо, законодавець не дотримується чіткої позиції стосовно поняття послуги [26, с. 44-45].

Отже, поняття «послуга» є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності уповноважених суб'єктів щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом.

Нещодавно частину першу статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» було доповнено новим абзацом згідно із Законом № 2002-VIII від 06.04.2017, який передбачає, що послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, зокрема пацієнт [112]. Відповідно ринок медичних послуг – це сукупність соціально-економічних відносин у сфері охорони здоров'я. Відзначимо й те, що медичні послуги характеризуються додатковими особливостями. З одного боку, прагнення людей до здоров'я забезпечує постійний попит на цей вид послуг, з іншого – специфіка медичних послуг породжує негативний попит (щеплення, хірургічні процедури, стоматологічні маніпуляції тощо) [52, с. 337].

У законах України «Про додаткові фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України про забезпечення державних гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів», «Про підвищення доступності та якості надання медичних послуг у сільській місцевості» визначено новітнє поняття «медичної послуги» як ліцензованої діяльності закладу охорони здоров'я або фізичної особи-підприємця, спрямованої на профілактику, діагностику,

лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Однак, розуміючи особливості галузі охорони здоров'я, з адміністративної точки зору можемо сформулювати таке бачення поняття «медична послуга»: це сукупність різноманітних дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів із метою забезпечення їх корисним ефектом, породжуючи при цьому виникнення відповідних відносин у сфері охорони здоров'я.

Серед характерних ознак медичної послуги необхідно також зазначити такі: задовольняє потребу особи в медичній допомозі з метою охорони та зміцнення її здоров'я; невизначеність необхідності медичної послуги, оскільки та чи інша медична допомога стає необхідною в разі погіршення стану здоров'я, і споживач не може знати завчасно, коли і в якому обсязі йому знадобиться медична послуга; тривалість медичної послуги в часі. Загалом різноманітні медичні послуги охоплюють все життя людини, тому в їх наданні беруть участь медичні працівники різного профілю в різний час.

Слід також ураховувати, що в кожному конкретному випадку не існує чіткого уявлення про строки виявлення результату, необхідність додаткових досліджень, а проміжок часу між завершенням послуги та настанням очікуваного результату може виявитись доволі великим; наявні несталість і суб'єктивна оцінка її якості. Якість медичних послуг формується шляхом поєднання та узгодження очікувань пацієнтів зі сприйняттям їх реального споживання, а тому оцінка якості послуги є досить суб'єктивною. Крім того необхідно враховувати, що одна й та ж медична послуга може дати протилежний ефект у різних людей; 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; метою завжди є вплив на здоров'я

пацієнта, який має нематеріальний характер, але обов'язково тягне за собою матеріальні зміни в організмі людини; мають публічний характер і надаються всім особам, які звертаються за їх отриманням; не підлягає повній стандартизації, тому що не можна заздалегідь передбачити всі чинники (вік пацієнта, давність хвороби тощо); підвищені вимоги з боку держави, зокрема до суб'єкта їх надання (наприклад, суб'єкт надання медичних послуг має відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, мати ліцензію на заняття медичною практикою, проходити акредитацію) [18].

Слід уточнити, що поняття «медична послуга» з'явилося в законодавстві України ще на початку 90-х років минулого сторіччя, однак до цього часу в більшості актів чинного законодавства це поняття використовується набагато рідше, ніж поняття «медична допомога» [18].

Питання щодо правової сутності поняття «медична допомога» було предметом розгляду Конституційного Суду України (далі – КСУ) [151], проте визначення цього поняття так і не було надано. У пункті 3 мотивувальної частини рішення КСУ зазначив, що у визначеннях науковців, наданих КСУ, «медична допомога» і «медична послуга» трактуються і як синоніми, і як антоніми, і як частина одна одної [189, с. 3]. Згідно із Законом «Про екстрену медичну допомогу» № 5081-VI від 05.07.2012 медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [112].

Більшість учених розмежовують поняття «медична послуга» та «медична допомога», як правило, за критерієм оплатності, проте існує і позиція щодо їх ототожнення [189, с. 3]. Заслуговує на увагу й позиція, відповідно до якої медична послуга є більш широкою категорією, що пояснюється через особливості результату діяльності при наданні медичних послуг і допомоги [10 с. 38]. Так, медична допомога завжди спрямована на досягнення лікувального, діагностичного або профілактичного результату, а

при наданні медичної послуги може досягатися не тільки лікувальний (відновлювальний) результат, а ще й додатковий естетичний ефект. Тобто у межах медичної послуги може надаватися і допомога, і додаткова послуга естетичного характеру [9].

У нашому розумінні означені поняття співвідносяться саме як частина й ціле: послуга поглинає своїм розумінням всі різновиди медичної допомоги, розкриваючи при цьому конкретний перелік дій уповноважених суб'єктів у сфері їх надання.

Для виконання функцій з надання державних медичних послуг держава набуває рис, притаманних учасникам цивільного обігу, або від імені держави діють державні установи, а не органи виконавчої влади, і ці відносини підпадають під режим приватноправового регулювання. Це зрозуміло: держава як суб'єкт господарювання не ефективна і не може конкурувати з приватним ринком. Проте важко переоцінити роль держави в наданні тих послуг, які не знайшли свого виконавця на ринку послуг або в силу їх прибуткової непривабливості, або в силу занадто великих капіталовкладень, або з інших причин, але дуже важливих для функціонування суспільства й забезпечення приватних інтересів, що призводять до інтересу публічного (наприклад, існування установ паліативної допомоги).

Таким чином, публічна послуга є суспільно значущою діяльністю, апріорі чітко врегламентованою законодавством, для якої характерним є добровільний інтерес споживача послуги та індивідуальний характер її надання будь-якій особі, яка має на це право або звертається за реалізацією своїх прав, свобод і законних інтересів на рівних підставах безоплатно або в межах цін, визначених державою. Медична послуга є комплексним міжгалузевим правовим інститутом, який об'єднує публічні та приватні послуги і для якого характерне поєднання публічноправових і приватноправових засад регулювання [26, с. 46]. Відтак можемо спостерігати дуалізм приватноправових і публічноправових інструментів урегулювання суспільних зв'язків в аналізованій сфері.

З метою дослідження проблем, пов'язаних із розробленням, просуванням та реалізацією медичних послуг, Б. Аль Карабані було розроблено анкету та проведено опитування населення Донецької області. Аналіз та оброблення даних здійснювалися з використанням програмного комплексу IBM SPSS Statistics та Microsoft Excel.

В опитуванні взяли участь 450 респондентів. На запитання «Наскільки Ви задоволені чи не задоволені якістю медичного обслуговування?» більшість опитуваних відповіла «не задоволений» – 165 респондентів (36,7%), «швидше не задоволений, ніж задоволений» – 150 респондентів (33,3%), «швидше задоволений, ніж не задоволений» – 87 респондентів (19,3%), «задоволений» – 29 респондентів (6,4%), «важко відповісти» – 19 респондентів (4,2%). Тобто переважна більшість опитуваних (70%) у цілому не задоволені якістю медичних послуг. Задоволеними якістю медичного обслуговування виявилися респонденти віком від 16 до 30 років, рівень доходів яких на одного члена сім'ї в основному не перевищує 1500 грн. Респондентів, не задоволених якістю медичного обслуговування, також поєднує вік – це категорії населення від 51 до 60 років та старше 60 років, переважна кількість яких є пенсіонерами з різним рівнем доходу, що за об'єктивних причин найчастіше за інших опитуваних звертаються до медичних закладів [8, с. 124].

З цього слідує, що взятий курс на реформування системи охорони здоров'я є цілком виправданим, однак його дієвість оцінити можна буде лише після повного запровадження запланованих змін, які розподілені на певні етапи, результати яких будемо спостерігати через декілька років.

Однак і зараз зрозуміло, що ступінь відповідності медичних послуг потребам ринку має відповідати таким критеріям: швидкість надання медичної допомоги (послуги); репутація, імідж медичної установи, лікаря; властивості послуги; якість обслуговування та безпосереднього надання медичної допомоги; інтер'єр приміщення; вартість медичного обслуговування, вартість медичної послуги [52, с. 338].

Слід додати, що класичними юридичними фактами, на підставі яких можуть надаватися медичні послуги, називають договір про надання послуг та дії в чужих інтересах без доручення [85, с. 254; 162, с. 80]. Деякі дослідники окремим юридичним фактом – підставою виникнення правовідносин з надання медичних послуг – називають односторонню обіцянку [85, с. 254; 158, с. 153].

Тож які медичні послуги можуть отримувати пацієнти (споживачі)? Відповідь на це питання дає Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 [134] (у редакції від 17.06.2017), де надано перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах.

Такі послуги розподілено на три блоки [134]:

1) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними й комунальними закладами охорони здоров'я: косметологічна допомога, крім тієї, що подається за медичними показаннями; анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ і СНІД); лікування безпліддя, включаючи хірургічні методи, штучне запліднення та імплантацію ембріона, оздоровчий масаж, гімнастика, бальнеологічні процедури з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення; та інші (всього в Переліку їх 36);

2) послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності: послуги пралень за договорами; транспортні послуги (перевезення вантажів), здійснення вантажних робіт; надання в користування автомобільних стоянок, паркування автомобілів та інших транспортних засобів; перебування громадян за їх бажанням у медичних закладах з поліпшеним сервісним обслуговуванням та інші (всього в Переліку їх 7);

3) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами – наприклад, поглиблене навчання окремих предметів понад

обсяг навчального плану, вивчення різних напрямків нетрадиційної медицини (всього в Переліку їх 11, однак міститься посилання на інші нормативно-правові акти, які також передбачають норми, що встановлюють або доповнюють цей Перелік послуг).

Таким чином, законодавець, закріпивши 2017 року перелік платних медичних послуг, фактично узаконив надання оплатної медичної допомоги, оскільки вищезгадані послуги в закладах охорони здоров'я і так були оплатними, що не узгоджувалось із конституційними положеннями про безоплатність і доступність вітчизняної медицини. Усі інші послуги мають надаватися безкоштовно (їх перелік буде затверджено на наступних етапах здійснення реформи).

Наразі кінцеві отримувачі бюджетних коштів обмежені у праві вільно розпоряджатись виділеними коштами, що у свою чергу призводить до нераціонального використання бюджетних коштів. Тому доцільно було б розширити автономність медичних закладів, перелік платних послуг зробити невичерпним, залишивши тим самим право лікувального закладу на розвиток та вдосконалення.

Усе вищенаведене дає змогу зробити такі висновки щодо визначення медичних послуг як об'єкта адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров'я:

1) будь-яка країна, зокрема й Україна, прагне до розбудови, орієнтуючись на основні потреби свого населення. У свою чергу здоров'я є одним з основних чинників, які відіграють визначальну роль під час реалізації заявленого вище завдання;

2) у країні діє застаріла модель організації та функціонування сфери охорони здоров'я, основні складові якої не підлягали кардинальному реформуванню впродовж останніх десяти років, тим самим гальмуючи процес упровадження загальнолюдських цінностей та особи-пацієнта як центрального споживача отримання медичних послуг;

3) у світлі найближчих конституційних змін медична реформа передбачає введення оплати за медичні послуги, однак законодавчі зміни торкнуться не тільки сфери фінансування медичних послуг, а й усієї системи правового регулювання галузі охорони здоров'я, оскільки вбачається, що саме проблеми її функціонування є стрижнем її дисфункціональності;

4) зародження інституту надання медичних послуг бере початок із доби Київської Русі. Саме поняття «послуга» є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності уповноважених суб'єктів щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів із метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом;

5) «медична послуга» з адміністративної точки зору – це сукупність різноманітних дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом, породжуючи при цьому виникнення відповідних відносин у сфері охорони здоров'я;

б) медична послуга та медична допомога співвідносяться як частина й ціле: послуга поглинає своїм розумінням усі різновиди медичної допомоги, розкриваючи при цьому конкретний перелік дій уповноважених суб'єктів у сфері їх надання. Можемо спостерігати дуалізм приватноправових і публічноправових інструментів урегулювання суспільних зв'язків в аналізованій сфері;

7) узятий курс на реформування системи охорони здоров'я цілком виправданий, однак його дієвість оцінити можна буде лише після повного запровадження запланованих змін, які розподілено на певні етапи, результати яких будемо спостерігати через декілька років. Наразі законодавець, закріпивши 2017 року перелік платних медичних послуг, фактично узаконив надання оплатної медичної допомоги, оскільки окремі послуги в закладах

охорони здоров'я і так були оплатними, що не узгоджувалося з конституційними положеннями про безоплатність і доступність вітчизняної медицини. Усі інші послуги мають надаватися безкоштовно (їх перелік буде затверджено на наступних етапах здійснення реформи).

Отже, адміністративно-правові відносини в галузі охорони здоров'я – це форма суспільного відношення особливого роду (організаційного та виконавчо-розпорядчого характеру), урегульована головним чином нормами адміністративного права, що виникає в сфері надання адміністративних послуг і здійснення державного управління під час реалізації публічною адміністрацією зобов'язання щодо забезпечення фізичного і психічного здоров'я населення, репрезентуючи при цьому двосторонній зв'язок між владним суб'єктом і підконтрольним об'єктом (як учасників цих відносин), який характеризується їх нерівністю в мірі доступної, належної та допустимої їх поведінки й перебуває під охороною держави (забезпечується за необхідності державним примусом).

Об'єкт таких відносин – це конкретне правове відношення, пов'язане з реалізацією публічною адміністрацією зобов'язання щодо забезпечення покращення фізичного і психічного здоров'я населення. Медичні послуги, їх якість, доступність, своєчасність і достатність є одним із чинників належного функціонування загальної системи охорони здоров'я, а тому можуть бути самостійним об'єктом відповідних адміністративних відносин, на який здійснюється адміністративно-правовий вплив з боку держави

1.2 Принципи надання медичних послуг

Як справедливо зазначають сучасні дослідники, питанню про принципи права пощастило в науці за кількістю та якістю присвяченої йому літератури, але не пощастило в частині загальноприйнятого його вирішення [79, с. 9; 175, с. 5], що зумовлює неоднаковість розуміння їх сутності та значення в конкретній сфері їх існування.

Конституція України є головним джерелом і стоїть в авангарді нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги. Конституційні норми створюють правову основу статусу особи у сфері охорони здоров'я. І ця основа включає не лише закріплення відповідного права, але й засобів його забезпечення, які має держава у своєму розпорядженні й закладені в політичній та економічній системах, а також його соціальній основі [168].

Однак, ототожнювати правові норми, які складають основу правового регулювання у сфері медичних послуг, із принципами такої діяльності не є правильно, оскільки останні є більш широкою категорією та не завжди залежать від суб'єктивної думки нормотворця.

Слід додати, що в юридичній науці принципи визначаються як: 1) вихідні положення та теоретичні ідеї, що віддзеркалюють об'єктивні закономірності розвитку держави й суспільства, найбільш характерні риси організації та функціонування не тільки самої державної служби, але й усієї системи органів державної влади, визначають зміст складних стосунків усередині цієї системи [159]; 2) вимоги, які: а) обов'язкові для всіх осіб і організацій, що певною мірою стосуються державної служби; б) поширюються на всі види державної служби і є загальними в рамках державної служби; 3) охоплюють всі організаційні, правові та інші сторони, з яких складається зміст державної служби [89; 169, с. 98].

В. Ключко переконаний, що принципи – це специфічне поняття, змістом якого є не тільки сама закономірність, відносини, взаємозв'язок, скільки наше знання про них [61]. Вони становлять собою результат узагальнення людьми об'єктивно чинних законів і закономірностей, притаманних їм загальних рис, характерних фактів і ознак, які стають загальним началом їх діяльності [87; 190].

Водночас В. Семенов зауважив, що «часто принципи права називають і вважають принципами правового регулювання. Це слушно лише частково» [160, с. 27]. На думку А. Колодія, принципи права та принципи правового

регулювання не можна ототожнювати, оскільки другі – «це принципи зовсім іншого рівня, форми, соціального спрямування дії права» [63, с.37]. У триланковій системі принципів ученого на першій позиції перебувають загальносоціальні принципи; на другій – власне принципи права (системні і структурні); на третій – принципи правового регулювання [63, с. 38-39]. Далі А. Колодій поглиблює уявлення про принципи правового регулювання: «Загальноправові, міжгалузеві, галузеві, принципи інститутів права, структури права (загальносоціального і юридичного, публічного і приватного, регулятивного і охоронного, матеріального і процесуального, об'єктивного і суб'єктивного), що відбиваються у принципах правоутворення, правореалізації і правоохорони, слід вважати принципами правового регулювання. Така якість цих принципів відбиває особливу залежність їх від сутності права, специфіки правового регулювання суспільних відносин, що також їх об'єднує та наближає один до одного. Отже, принципи правового регулювання – специфічно юридичні принципи, які виражають характер регульованих відносин (предмет), зміст регулювання (його сутність) і його засоби (методи)» [63, с. 109-110; 156, с. 111].

З цього слідує, що в аналізованій сфері принципи – це: 1) система об'єктивно існуючих у суспільстві цінностей з пріоритетом життя і здоров'я людини перед іншими благами та забезпечення охорони їх публічною адміністрацією; 2) вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг; 3) керівні засади здійснення такої діяльності; 4) сукупність заходів з урегулювання суспільних дій шляхом втручання публічної адміністрації у процес надання медичних послуг.

Існує думка, що принцип правового регулювання – це узагальнення численних механізмів правового регулювання, які можуть бути застосовані; це певна модель правового регулювання. Принципи правового регулювання містять конкретний спосіб правового регулювання правовідносин, чітко визначений спосіб реалізації та застосування встановлених прав та обов'язків – принцип нормативного регулювання, принцип свободи договору (тип

правового регулювання); судового захисту цивільного права та інтересу; диспозитивності, імперативності (методу правового регулювання); принцип аналогії права. Тут треба згадати слова С. Алексєєва, який, досліджуючи загальні дозволи та заборони у праці, спочатку хотів схарактеризувати їх як юридичні принципи, проте дійшов висновку, що це є різні, самостійні феномени, які мають у ключовій матерії ключове значення (тому однопорядкові). На відміну від принципів права, загальні регулятивні засади належать не до фактичного змісту, а безпосередньо до регулятивного аспекту права. Отримуючи різний статус у праві, принципи права зупиняються на інтелектуальному аспекті права, а загальні регулятивні елементи в його вольових засадах стають регулювальним чинником, основою для правового регулювання [5; 106; 156, с. 112].

Для початку, щоб схарактеризувати принципи надання медичних послуг, слід зазначити, що вони є складовою регулювання охорони здоров'я.

Медична реформа 2017 року закріпила трактування охорони здоров'я як системи 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 за максимально біологічно можливою індивідуальною тривалістю її життя [112; 130].

А тому державне регулювання в цій сфері – це здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, духовних тощо суспільних процесів із метою збереження й підвищення наявного рівня здоров'я всього населення та кожної людини зокрема, запобігання на загальнодержавному рівні негативним суспільним явищам і хворобам, що мають безпосередній

стосунок до рівня здоров'я населення. Завдання державного регулювання – впливати на розвиток об'єктів медичної сфери всіх форм власності, здійснювати контроль за наданням ними високоякісних послуг для вирішення соціальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям, законодавчо гарантувати однакові умови господарської діяльності медичних підприємств і організацій. Запорукою поліпшення державного регулювання охорони здоров'я населення України є укріплення основ реалізації його механізму через законодавчо визначену національну податкову, бюджетну, кредитну, інвестиційну, валютно-фінансову, митну, науково-технічну політику [118; 123; 163].

Тобто загальні принципи регулювання охорони здоров'я є системою засад, на яких має базуватись основа принципів надання медичних послуг.

У сфері державного управління закріплення (фіксування) певних закономірностей (які є актуальними для тієї чи іншої галузі управління) у суспільній свідомості здійснюється у правовій формі, частіше у вигляді відповідних юридичних норм. Таким чином, принципи державного управління – це його закономірності, проаналізовані наукою і закріплені у практиці: у правових нормах, або узагальнення чинних у державі юридичних правил; це основоположні засади, керівні настанови, що визначають найважливіші правила, за якими управління здійснюється й організується. Принципи як поняття теорії відображають сутність і реальність процесів державного управління, підпорядковуючись певним законам. Можна сказати, що принципи управління характеризуються двома ознаками: належність до пізнаних наукою і практикою позитивних закономірностей; зафіксованість у суспільній свідомості [61].

Одним із перших дослідників, хто спробував систематизувати принципи управління, був французький інженер і науковець Анрі Файоль (1841-1925). В основі запровадженої ним системи управління була адміністративна доктрина. Виходячи з неї, у 20-х рр. ХХ ст. Файоль визначив 14 принципів управління, які, на його думку, придатні для всіх без винятку

сфер адміністративної діяльності: поділ праці; повноваження і відповідальність; дисципліна; єдиноначальність; єдність керівництва; підпорядкування особистих інтересів загальному; винагорода; централізація; ієрархія; порядок; справедливість; стабільність штату; ініціатива; корпоративний дух [12; 61; 193].

Тому у сфері надання медичних послуг чільне місце займають принципи державного управління, які притаманні всім без винятку сферам адміністративної діяльності.

Закон Української Радянської Соціалістичної Республіки «Про охорону здоров'я» від 15.07.1971 № 27-VIII [141] передбачав, що законодавство Української РСР про охорону здоров'я регулює суспільні відносини в галузі охорони здоров'я населення з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, здоров'я, високого рівня працездатності й довголітнього активного життя громадян; запобігання і зниження захворюваності, дальшого скорочення інвалідності і зниження смертності; усунення чинників і умов, які шкідливо впливають на здоров'я громадян. Охорона здоров'я населення в Українській РСР забезпечувалась системою соціально-економічних і медико-санітарних заходів.

Серед закріплених принципів охорони здоров'я тогочасного спеціалізованого законодавства [141] слід виокремити:

- 1) гарантованість права громадян на охорону здоров'я (стаття 3);
- 2) обов'язок усіх державних органів, громадських організацій охороняти здоров'я населення (стаття 4);
- 3) участь громадськості в діяльності органів і закладів охорони здоров'я (стаття 5);
- 4) проведення широких оздоровчих і профілактичних заходів, виявлення особливої турботи про охорону здоров'я молодшого покоління (стаття 6);

5) створення на виробництві і в побуті належних санітарно-гігієнічних умов, усунення причин виробничого травматизму, професійних хвороб, а також інших чинників, які негативно впливають на здоров'я (стаття 6);

6) проведення заходів з оздоровлення навколишнього середовища, забезпечення санітарної охорони водойм, ґрунту й атмосферного повітря (стаття 6);

7) планового розвитку мережі закладів охорони здоров'я і підприємств медичної промисловості (стаття 6);

8) безплатного задоволення потреби населення в усіх видах медичної допомоги; підвищення якості й культури медичної допомоги; поступового розширення диспансерного нагляду; розвитку спеціалізованої медичної допомоги (стаття 6);

9) безплатного надання лікувальних і діагностичних засобів у стаціонарному лікуванні з поступовим розширенням безплатного або на пільгових умовах надання лікувальних засобів і в інших видах медичної допомоги (стаття 6);

10) розширення мережі санаторно-курортних закладів, профілакторіїв, будинків відпочинку, пансіонатів, туристських баз та інших закладів для лікування і зміцнення здоров'я громадян (стаття 6);

11) фізичного і гігієнічного виховання громадян; розвитку масової фізичної культури і спорту (стаття 6);

12) розвитку науки, планового здійснення наукових досліджень, підготовки наукових кадрів і висококваліфікованих спеціалістів у галузі охорони здоров'я (стаття 6);

13) використання в діяльності закладів охорони здоров'я досягнень науки, техніки і медичної практики, оснащення цих закладів найновішою апаратурою (стаття 6);

14) розвитку науково-гігієнічних основ харчування населення (стаття 6);

15) широкої участі громадських організацій і трудових колективів в охороні здоров'я населення (стаття 6).

За доби існування Української Народної Республіки охорона здоров'я населення, а відтак і особливості надання медичних послуг, базувалась на принципах загальнодоступності та державної гарантованості, безоплатності як медичної допомоги, так і надання лікувальних і діагностичних засобів (у стаціонарному лікуванні); плановості мереж закладів охорони здоров'я; профілактичної діяльності з метою фізичного і гігієнічного виховання громадян, розвитку масової фізичної культури і спорту; участі громадськості у справах охорони здоров'я.

Наразі система принципів охорони здоров'я (регулювання цієї сфери) дещо відрізняється від попередньої. Безпосередньо до основ надання медичних послуг можна віднести: 1) пріоритет загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами; 2) дотримання прав і свобод людини і громадянина; 3) рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги (послуги); 4) орієнтація на сучасні стандарти у сфері охорони здоров'я; 5) надання медичних послуг на правовій і договірній основі [112].

Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 № 1313/2000 [140] передбачає, що в системі управління у сфері охорони здоров'я мають реалізовуватися принципи: децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи; реорганізації високовартісних видів медичної допомоги; незалежної експертизи наукових проектів та їх результатів.

Якщо звернутись до доктринальних положень щодо аналізованого питання, то зокрема В. Чернецький зазначає: «Принципи організації системи охорони здоров'я населення: справедливість у доступі населення до медичної допомоги, охорони здоров'я незалежно від форми власності медичних закладів; неухильне дотримання забезпечення прав і свобод людини і

громадянина в сфері надання медико-санітарної допомоги; визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників благополуччя та поліпшення життя українського народу; профілактична та реабілітаційна спрямованість діяльності в сфері охорони здоров'я; спадкоємність організації та реформування охорони здоров'я з урахуванням світового досвіду; комплексний медико-екологічний, медико-соціальний, міжгалузевий підхід до вирішення проблем охорони здоров'я; наукова обґрунтованість проектів з охорони здоров'я; інформаційна відкритість діяльності в сфері охорони здоров'я [182, с. 285].

Н. Шевчук додає, що у сфері адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я на регіональному рівні слід розрізняти дві групи принципів:

1) переважно загальнодержавної спрямованості: поєднання вітчизняних традицій і зарубіжного досвіду організації та надання медичної допомоги; профілактична спрямованість організації медичної допомоги; поєднання централізації та децентралізації організації охорони здоров'я.

2) переважно регіональної спрямованості: доступність медичної допомоги; пріоритет розвитку та адміністративно-правового забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги; планування використання сил і засобів медичної служби на рівні регіону [186, с. 86].

Відповідно до такого різновиду медичної послуги, як трансплантологія, доцільно навести думку О. Пелагеші, який визначає такі правові принципи проведення державної політики в цій сфері: гласність; збалансованість; публічність; чітка антикримінальна спрямованість. За його переконанням, до правових принципів розвитку трансплантологічної мережі України належать адміністративно-територіальна зумовленість й урахування фінансово-економічного стану держави. У свою чергу правові принципи підготовки кадрів для трансплантологічної служби – обов'язковість вивчення трансплантології в усіх вищих медичних закладах; державне фінансування стажування провідних фахівців за кордоном; визначення базових навчальних

центрів у сфері трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині [114, с. 48–49; 186, с. 81].

Таким чином, принципи, за допомогою яких урегульовуються суспільні дії у сфері втручання публічної адміністрації у процес надання медичних послуг, – це поєднання централізації та децентралізації; профілактична та реабілітаційна спрямованість; гарантії доступності якісних послуг; фінансування та організація системи охорони здоров'я через визнання людини найвищою цінністю тощо.

Щодо ринків медичних послуг І. Шевчук зазначає таке: регіональна політика формування регіональних ринків медичних послуг має будуватися на певних принципах, зокрема: цілеспрямованості; легітимності, прозорості й публічності; синхронізації дій; наукової обґрунтованості; системності; єдності; адаптивності; урахування особливостей регіонів; поєднання інтересів; субсидіарності; соціальних гарантій; поляризованого розвитку; зворотного зв'язку; регулювання тарифів; інноваційності [185, с. 47-48].

Слід додати, що принципи надання медичних послуг і принципи формування ринку медичних послуг певною мірою дублюються, проте медичні послуги мають базуватися на пріоритеті здоров'я конкретного пацієнта, у той час як ринок медичних послуг є елементом конкурентної економіки.

Окрім того, під час надання медичних послуг та організовуючи процес їх здійснення, суб'єкти мають дотримуватися таких принципів:

1. Раціонально застосовувати лікарські засоби (відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу; відповідно до клінічних показань; у дозах, що індивідуально підібрані; протягом необхідного строку; за мінімальну ціну).

2. Неухильно дотримуватись Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованої в

Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 (далі – Методика) під час розроблення локальних протоколів.

3. За цільовим призначенням використовувати кошти на надання медичної допомоги із застосуванням лікарських засобів (видатки закладу охорони здоров'я, пов'язані з наданням медичної допомоги пацієнтам, коли лікарські засоби застосовуються з порушенням медико-технологічних документів, розглядаються з урахуванням пункту 24 статті 116 Бюджетного кодексу України та передбачають у таких випадках направлення відповідних матеріалів органам, визначеним у статті 118 Бюджетного кодексу України).

4. Персональна відповідальність керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників з медичного обслуговування населення за дотримання медико-технологічних документів та цих принципів [142].

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [103] передбачає, що майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах, які є фундаментальними й такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я та мають бути відображені на кожному наступному етапі реформи, а саме: 1) орієнтованість на людей; 2) орієнтованість на результат; 3) орієнтованість на втілення; 4) гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину; 5) дотримання національних стандартів якості та професіоналізму; 6) співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад і населення (міжсекторальна взаємодія); 7) співвідношення ціна-якість і найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів; 8) підзвітність громадам і пацієнтам; 9) взаємоповага пацієнтів і медичних працівників.

Також важливе значення має принцип гарантованого надання медичних послуг особам у межах державних, комунальних або/та приватних програм як системи засадничої відповідальності державних, комунальних і приватних закладів за доступність і якість медичних послуг, що фінансуються в межах цих програм, при покладенні фінансового тягаря

оплати медичних послуг за їх межами на страхового суб'єкта, а у приватних медичних закладах – також і на споживача медичних послуг.

Поза увагою залишився не менш важливий аспект – морально-правові основи професійної діяльності медичних працівників, окреслені в Міжнародному кодексі медичної етики, а саме: повага до прав пацієнтів, лікарів, іншого медичного персоналу; дотримання конфіденційності щодо пацієнта, збереження лікарської таємниці; пріоритет інтересів пацієнта; обов'язок оберігати людське життя; обережне ставлення до інновацій; надання невідкладної допомоги [13].

Міжнародний кодекс медичної етики базується на дотриманні принципів Женевської декларації, що потребує від лікаря присвятити своє життя служінню на благо людині; з повагою і вдячністю ставитися до своїх учителів; добросовісно і достойно виконувати свій професійний обов'язок, незважаючи на будь-які обставини; турбуватися насамперед про здоров'я пацієнтів; зберігати лікарську таємницю; стверджувати чесні та благородні традиції професії лікаря; ставитися до колег як до братів і сестер; стверджувати людське життя від самого його початку як найвищу цінність [47].

Нехтування основами біоетики та деонтології в базових нормативних документах зводить весь процес реформування медичної галузі в Україні до суто економічних проблем, надаючи фінансовому аспекту питання першочергового значення. Такий перенос акценту з морального на матеріальний аспект змінює ідеологічну сутність медичної допомоги, порушує принципи партнерських взаємовідносин лікаря і пацієнта, коли мотивацією лікаря стає не самовіддане служіння пацієнту, а спокуса збагачення за його рахунок. Отже, врахування принципів біоетики має бути наріжним каменем реформування вітчизняної системи охорони здоров'я [71].

Таким чином, принципи надання медичних послуг можна класифікувати на:

1) принципи правового регулювання в сфері надання медичних послуг, за допомогою яких урегульовуються суспільні дії шляхом втручання публічної адміністрації на процес надання медичних послуг:

- поєднання централізації та децентралізації;
- профілактична та реабілітаційна спрямованість;
- гарантії доступності якісних послуг;
- фінансування та організація системи охорони здоров'я через визнання людини найвищою цінністю тощо;

2) організаційні, тобто керівні засади здійснення такої діяльності:

- відкритості;
- підзвітності;
- якості;
- доступності;
- належності;
- ефективності;
- зворотної комунікації та міжсекторальної взаємодії;
- використання коштів на благо пацієнтів та інші;

3) технічні, які супроводжують процес надання медичних послуг:

- автоматизації системи надання медичних послуг із винесенням до електронних карток кожного етапу її реалізації;
- забезпечення лікарів та допоміжного персоналу інвентарем для якісного та належного надання медичної послуги та інші;

4) процедурні, які реалізуються під час надання послуги:

- дотримання стандартів і використання протоколів;
- індивідуалізація конкретного пацієнта та взаємоповаги;
- раціональне призначення лікування, зокрема і застосування лікарських засобів;
- своєчасність, плановість, поетапність і чітка деталізація надаваної послуги тощо.

5) професійні, тобто вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг:

- добросовісно, якісно і достойно виконувати свої професійні обов'язки;
- зберігати лікарську таємницю;
- піклуватися про здоров'я пацієнтів;
- пропагувати людину та її здоров'я як найвищі цінності в лікарській діяльності;
- удосконалювати свій рівень професіоналізму;
- піднімати авторитет діяльності лікаря та утверджувати чесні й благородні традиції такої професії.

Усе вищенаведене дає змогу навести такі висновки стосовно принципів надання медичних послуг:

1) немає загальноприйнятого вирішення питання серед науковців стосовно категорії «принципи», що спричиняє неоднаковість розуміння їх сутності та значення в конкретній сфері їх існування;

2) ототожнювати правові норми, які складають основу правового регулювання в сфері медичних послуг із принципами такої діяльності не правильно, оскільки останні є більш ширшою категорією та не завжди залежать від суб'єктивної думки нормо творця;

3) принципи надання медичних послуг – це: 1) система об'єктивно існуючих у суспільстві цінностей з пріоритетом життя і здоров'я людини перед іншими благами та забезпечення охорони їх публічною адміністрацією; 2) вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг; 3) керівні засади здійснення такої діяльності; 4) сукупність заходів з урегулювання суспільних дій шляхом втручання публічної адміністрації у процес надання медичних послуг;

4) загальні принципи регулювання охорони здоров'я є системою засад, на яких має базуватись основа принципів надання медичних послуг; більше того, в аналізованій сфері чільне місце займають принципи державного

управління, які притаманні всім без винятку сферам адміністративної діяльності;

5) за доби існування Української Народної Республіки охорона здоров'я населення, а відтак і особливості надання медичних послуг базувались на принципах загальнодоступності та державної гарантованості, безоплатності як медичної допомоги, так і надання лікувальних і діагностичних засобів (у стаціонарному лікуванні); плановості мереж закладів охорони здоров'я; профілактичної діяльності з метою фізичного й гігієнічного виховання громадян, розвитку масової фізичної культури і спорту; участі громадськості у справах охорони здоров'я;

б) принципи надання медичних послуг і принципи формування ринку медичних послуг певною мірою дублюються, проте медичні послуги мають базуватись на пріоритеті здоров'я конкретного пацієнта, у той час як ринок медичних послуг є елементом конкурентної економіки;

7) принципи надання медичних послуг за функціональним призначенням можна класифікувати на:

– принципи правового регулювання в сфері надання медичних послуг, тобто за допомогою яких урегульовуються суспільні дії шляхом втручання публічної адміністрації на процес надання медичних послуг (поєднання централізації та децентралізації; профілактична та реабілітаційна спрямованість; гарантії доступності якісних послуг; фінансування та організація системи охорони здоров'я через визнання людини найвищою цінністю тощо);

– організаційні принципи, тобто керівні засади здійснення такої діяльності (відкритості; підзвітності; якості; доступності; належності; використання коштів на благо пацієнтів; ефективності; зворотної комунікації та міжсекторальної взаємодії та інші);

– технічні принципи, які супроводжують процес надання медичних послуг (автоматизації системи надання медичних послуг із винесенням до електронних карток кожного етапу її реалізації; забезпечення лікарів і

допоміжного персоналу інвентарем для якісного та належного надання медичної послуги та інші);

– процедурні принципи, які реалізуються під час надання послуги (дотримання стандартів і використання протоколів; індивідуалізація конкретного пацієнта та взаємоповаги; раціональне призначення лікування, зокрема і застосування лікарських засобів; своєчасність, плановість, поетапність і чітка деталізація надаваної послуги тощо);

– професійні принципи, тобто вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг (добросовісно, якісно і достойно виконувати свої професійні обов'язки; зберігати лікарську таємницю; піклуватися про здоров'я пацієнтів; пропагувати людину та її здоров'я як найвищі цінності в лікарській діяльності; удосконалювати свій рівень професіоналізму; піднімати авторитет діяльності лікаря та утверджувати чесні та благородні традиції такої професії).

Отже, принципи надання медичних послуг – це основні, керівні засади та вимоги, які поширюються на суб'єктів надання медичних послуг, забезпечують гарантоване право громадян на їх доступність і відповідну якість, сприяючи при цьому відновленню та покращенню фізичного і психічного здоров'я населення.

Деякі принципи надання медичних послуг формуються шляхом правового втручання публічної адміністрації на процес надання медичних послуг (принципи правового регулювання у сфері надання медичних послуг), а інші не завжди залежать від суб'єктивної думки нормо творця. Окрім того всі принципи в цій сфері доцільно класифікувати на організаційні (керівні засади здійснення такої діяльності); технічні (супроводжують процес надання медичних послуг); процедурні (реалізуються під час надання послуги); професійні (вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг).

1.3 Стандарти надання медичних послуг

В умовах сьогодення гостро постає потреба уніфікації та стандартизації надання медичних послуг, основою для впровадження яких є нормативи і стандарти у сфері охорони здоров'я.

Створення і впровадження медичних стандартів у системі охорони здоров'я є відповідальним процесом, неправильна організація якого може негативно й суттєво відбитися на здоров'ї населення країни. До запровадження в Україні медичних стандартів надання медичної допомоги спонукає ще одна гостра проблема сьогодення, а саме необхідність захисту медичних працівників від судових позовів і створення гарантій як для пацієнта, так і для лікаря при їх професійному контакті. Стандартизація є лише однією з ланок безперервного процесу управління якістю надання медичної допомоги [101; 102].

Існує думка, згідно з якою для справляння цілеспрямованого державно-управлінського впливу на якість та ефективність медичної допомоги, а відтак і медичної послуги, потрібно розробити уніфіковані медичні стандарти, які б дали змогу об'єктивно оцінювати результати медичної діяльності лікувально-профілактичних закладів [55]. Мова йде про те, що розроблення й упровадження стандартів надання медичних послуг у контексті уніфікованості конкретних правил, об'єктивованих у вигляді медичних стандартів з їх економічною складовою, є основою для надання якісних послуг.

Розглядаючи систему комплексної стандартизації, слід уточнити визначення стандарту. Стандарт – це зразок, якому щось має відповідати, задовольняти за своїми ознаками, властивостями, якостями, а також документ, що містить у собі відповідні відомості. Останніми роками в реальних умовах галузі охорони здоров'я найчастіше під час обговорення проблеми стандартизації розглядаються технологічні стандарти, інші ж

категорії стандартів (структурні, економічні, соціальні та ін.), як правило, виключаються з обговорення [44].

Основні терміни зі стандартизації встановлено Міжнародним комітетом з вивчення наукових принципів стандартизації, що створений Радою міжнародної організації зі стандартизації та стандартами Державної системи стандартизації України (ДСТУ 1.0-93; ДСТУ 1.2-93; ДСТУ 1.3-93; ДСТУ 1.4-93 і ДСТУ 1.5-93). Згідно з державними стандартами стандартизацією називають діяльність з метою досягнення оптимального ступеня впорядкування в певній галузі шляхом установлення положень для загального й багаторазового використання щодо реально існуючих чи можливих завдань [59, с. 103]. Вона може мати обов'язковий і добровільний характер. Останнім часом обов'язкова сертифікація часто називається сертифікацією в законодавчо регульованій сфері, а добровільна сертифікація – у законодавчо нерегульованій сфері. На відміну від обов'язкової сертифікації, об'єкти якої і підтвердження їх відповідності пов'язані з законодавством, добровільна сертифікація стосується видів продукції (процесів, робіт, послуг), що не увійшли до обов'язкового переліку й визначаються замовником [157].

Таким чином, стандартами надання медичних послуг можна вважати нормативно-правові акти, прийняті з метою регулювання питань вчинення різноманітних дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом.

Сьогодні до стандартизації медичної допомоги висувуються вимоги щодо задоволення попиту населення на безпечні та якісні медичні послуги; упровадження нових прогресивних технологій; регулювання витрат на охорону здоров'я; сприяння конкурентоспроможності видів медичної

допомоги на внутрішньому й зовнішньому ринках медичних послуг [191, с.95].

Отже, стандарти надання медичних послуг є провідним елементом управління якістю, безпечністю та економічністю медичної допомоги та охорони здоров'я.

Зрозуміло, що ефективне, грамотне управління медичною організацією не можливе без забезпечення якості медичних послуг. Безперечний факт, що медичні працівники та пацієнти оцінюють якісну послугу по-різному. Медичні працівники, як правило, звертають більше уваги на професійну компетенцію, ефективність і безпечність. З їхнього погляду, якість медичної допомоги означає наявність у медпрацівника навичок, ресурсів та умов, необхідних для покращення здоров'я пацієнтів, знання та вміння виконувати професійні обов'язки. Для пацієнтів забезпечення якості оцінюється не тільки з точки зору отримання ними кваліфікованої медичної допомоги, але й з точки зору оцінювання взаємопов'язаних процесів обслуговування, що в комплексі і складає поняття «медична послуга».

Так, пацієнтам нашої клініки ми задали питання: «Що для вас означає поняття «якість медичної послуги?»». Опитування показало, що важливими складовими якості медичної послуги визначено: зручність розташування клініки та запису на прийом до лікаря, чистота й безпека, відсутність черг, увічливість персоналу, грамотні відповіді працівників клініки на поставлені запитання, нове обладнання, комфортне перебування в палаті, наявність аптеки та кафе і, звичайно, кваліфікована медична допомога, відсутність ускладнень, можливість консультацій з лікарем після виписки зі стаціонару.

Якість медичної послуги може бути визначена як виконання професійних стандартів медичної допомоги і відповідність наданої медичної допомоги очікуванням пацієнта [161]. А тому слід констатувати, що якість медичної послуги є суб'єктивним поняттям, однак, незважаючи на це, держава мусить увесь час наглядати та контролювати окремі аспекти, що

входять до розуміння надання якісної послуги, розроблюючи при цьому єдині уніфіковані та стандартизовані вимоги.

Для всіх сучасних моделей охорони здоров'я світу притаманна наявність п'яти механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги:

- 1) обов'язкове ліцензування медичних закладів;
- 2) акредитація (може бути як обов'язкова, так і добровільна);
- 3) сертифікація (може бути як обов'язкова, так і добровільна);
- 4) стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв – обов'язкові й бажані);
- 5) безпосередній контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит [74].

Перші державні соціальні стандарти медичної допомоги – Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей – МОЗ затвердило наказом від 27.07.1998 р. №226. Зазначені стандарти стосуються виключно стаціонарної допомоги як найбільш вартісної в медичній галузі та з огляду на першочерговість потреби в ній хворих, які перебувають у важкому та середньої важкості станах. Ці стандарти визначають мінімально необхідний перелік медичних заходів для забезпечення належної якості допомоги [191, с. 96].

Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що систему стандартів у галузі охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти, і останні включають клінічні протоколи та лікарські формуляри. В Україні наказом №529 від 22.07.2009 р. «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» розроблено порядок створення Державного формуляра як основного компонента формулярної

системи, положення щодо формулярів державного, регіонального, локального рівнів. Методика створення формулярів лікарських засобів визначає механізм створення ефективної національної формулярної системи в Україні з метою оптимізації використання лікарських засобів у закладах охорони здоров'я для підвищення якості лікування, його уніфікації та економії ресурсів [145; 165, с. 37].

Загальнодержавна програма адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу (Закон України від 18.03.2004 р. № 1629-IV) передбачає гармонізацію національної системи стандартизації за європейськими принципами. На сьогодні стандартизація в охороні здоров'я України здійснюється шляхом розроблення і впровадження в повсякденну медичну практику клінічних настанов (рекомендацій) і клінічних протоколів, гармонізації стандартів медичної допомоги з міжнародною системою стандартизації тощо [45].

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є такі:

– стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

– клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних і реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;

– таблиць матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування й засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);

– лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним [112].

Як бачимо, спеціалізований Закон в аналізованій сфері надає чітке уявлення про систему стандартів охорони здоров'я, однак не всі вони стосуються надання медичних послуг. Проте суб'єкти надання медичних послуг мають неухильно дотримуватись усіх стандартизованих вимог у сфері охорони здоров'я.

Наголосимо, що медико-технологічні документи – узагальнена назва клінічних настанов, стандартів медичної допомоги, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, нових клінічних протоколів медичної допомоги [122].

Сучасний підхід до поліпшення якості медичної допомоги спрямовано на контроль і покращання діяльності системи охорони здоров'я, підвищення її ефективності завдяки впровадженню практик, що базуються на доказах і використанні клінічних досліджень високого гатунку як основи клінічної інформації. Приклади з найкращої світової практики свідчать, що впровадження принципів доказової медицини передбачає врахування безпеки, ефективності та вартості медичних послуг і технологій. Сучасна медична практика вимагає від лікаря використання тільки найнадійніших доказів, від хворого – активної поінформованої участі у профілактичних програмах і під час надання медичної допомоги [45].

Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини визначає механізм розроблення та впровадження науково-обґрунтованих медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини з метою забезпечення якості, доступності та ефективності медичної допомоги на основі принципів наступництва та безперервності надання, упорядкування та виключення дублювання медичних втручань і

процедур, застосування медичних технологій та лікарських засобів з науково доведеною ефективністю [144].

А ось Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги визначає механізм створення клінічних індикаторів якості медичної допомоги з метою наукового обґрунтування та розроблення системи моніторингу якості медичної допомоги, а саме її компонентів – структури, процесу, результату, при запровадженні медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, клінічних маршрутів пацієнтів), діяльності закладів охорони здоров'я тощо.

Клінічний індикатор якості медичної допомоги – кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно. Механізм індикації ключових точок процесу медичної допомоги сприяє виявленню відхилень і проведенню подальших організаційних заходів (корекції умов, ресурсного забезпечення, дій медичного персоналу та інших компонентів системи), спрямованих на поліпшення якості медичної допомоги. Для комплексного вимірювання якості медичної допомоги необхідне розроблення набору індикаторів, які висвітлюють структуру, процес і результат надання медичної допомоги [95].

Таким чином, запровадження певних практик здійснюється за допомогою методик, які встановлюють основні етапи реалізації конкретного механізму.

Слід уточнити, що уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги розробляються для забезпечення реалізації положень адаптованої клінічної настанови та досягнення критеріїв якості, затверджених у стандарті медичної допомоги. Розроблення уніфікованого клінічного протоколу здійснюється впродовж 3-х місяців після затвердження стандарту медичної допомоги. Основною властивістю уніфікованого клінічного протоколу є урахування

особливостей організації медичної допомоги, традицій клінічної практики та економічної ситуації в країні (ресурсного забезпечення тощо) [144].

Отже, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги слугують допоміжним елементом системи стандартизації медичної послуги, оскільки містять перелік етапів надання конкретної медичної послуги та слугують для єдності лікувального процесу.

Центральним суб'єктом, що має забезпечувати єдність розуміння уніфікованих клінічних протоколів, є Міністерство охорони здоров'я України. Цим суб'єктом публічного адміністрування було затверджено такі уніфіковані клінічні протоколи, медичні стандарти та медико-технологічні документи: при органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями; при хронічному обструктивному захворюванні легень; при неходжкінських лімфомах та лімфомі Ходжкіна; при бронхіальній астмі; при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі; з питань первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; з питань передання ВІЛ від матері до дитини та приведення відповідно до них нормативно-правових документів; з питань плануванні сім'ї; з питань антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію; з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей; з початкової, реанімаційної та післяреанімаційної допомоги новонародженим в Україні; при дисплазії та раку шийки матки; при раку передміхурової залози; при ревматоїдному артриті; при епілепсіях; при геморагічному інсульті; при раку легенів; при туберкульозі; при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST; при грипі та гострих респіраторних інфекціях; з питань антиретровірусного лікування, лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань у людей (дорослих), які живуть з ВІЛ; при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки; при саркоїдозі; при хронічному панкреатиті; при хронічному лімфоїдному лейкозі; при депресії; при ко-

інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД); при кашлі; при розладах аутистичного спектру; при раку молочної залози; при хворобі Гоше; при синдромі Дауна; при множинній мієломі; при хронічному мієлоїдному лейкозі; при залізодефіцитній анемії; при псоріазі, включаючи псоріатичні артропатії; при вірусному гепатиті С; при аномальних маткових кровотечах; при atopічному дерматиті; при первинному, постполіцитемічному та посттромбо-цитемічному мієлофіброзі [60].

З цього слідує, що надання медичної послуги при вищенаведених захворюваннях має здійснюватись у рамках, передбачених конкретним протоколом.

Слід вказати і про медико-економічні стандарти, які наразі існують у стоматології і дають змогу скласти конкретизований обсяг послуг кожному хворому відповідно до стану його здоров'я, підрахувати трудові, матеріальні та інші витрати лікувальної установи, деталізувати обсяг допомоги при укладанні угоди з організаціями та окремими фізичними особами на надання стоматологічних послуг, проводити калькуляцію тарифів стоматологічної допомоги, оцінювання якості стоматологічних заходів, здійснювати ліцензування та акредитацію лікувально-профілактичних установ. Медико-економічні стандарти затверджено для лікарських спеціальностей виключно стоматологічного профілю.

На сьогодні медико-економічні стандарти використовуються при проведенні взаєморозрахунків між медичними закладами і страховими компаніями, для стримування приросту ліжко-днів у лікувально-профілактичних закладах, для попередження необґрунтованого призначення дорогих діагностичних методів, малоефективних медикаментів, зайвих лікувальних процедур, що має забезпечити відповідність обсягу і якості медичної допомоги стану здоров'я пацієнта і одержати позитивний медико-економічний ефект [191, с. 96]. Медико-економічні стандарти мають бути розроблені щодо кожного профілю діяльності лікарів-спеціалістів.

Декілька слів доцільно вказати про Реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. Він ведеться з метою забезпечення розроблення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, прозорості процесу їх розроблення та затвердження, а також підтримки єдиного інформаційного середовища для членів мультидисциплінарних робочих груп з розроблення медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, дотримання ними Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я від 28 вересня 2012 року №751; узгодження на єдиних методичних засадах медико-технологічних документів, розроблених за однією темою; загального доступу до медико-технологічних документів для користувачів, зокрема працівників системи охорони здоров'я, пацієнтів [122].

Окремо слід зазначити про клінічні настанови, які пропонується розглядати як інформаційне джерело щодо вибору методу діагностичної та лікувальної тактики. Вони не призначені для застосування як стандарту лікування. Стандарти лікування визначаються на основі всіх клінічних даних, доступних для кожного окремого випадку відповідно до вдосконалення наукових знань і технологій, а також розроблення моделей лікування. Виконання рекомендацій настанови не є гарантом успішного результату захворювання в кожному разі, їх також не варто інтерпретувати як такі, що включають усі відповідні методи лікування або виключають інші можливі методи лікування для досягнення результатів. Остаточне рішення щодо вибору певних клінічних процедур і плану лікування має бути ухвалене відповідними працівниками охорони здоров'я з урахуванням клінічних даних, отриманих у конкретного пацієнта, результатів діагностики і прийнятних методів лікування [60].

На сайті Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги можемо ознайомитись із такими клінічними настановами: клінічна настанова «Акне»; адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Алкогольна хвороба печінки»; клінічна настанова «Медикаментозна профілактика інфікування ВІЛ»; клінічна настанова «Зведене керівництво з профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування та догляду для ключових груп населення»; клінічна настанова «Послуги з тестування на ВІЛ»; клінічна настанова «ВІЛ-інфекція у дорослих та підлітків»; клінічна настанова, заснована на доказах «Гемофілія»; клінічна настанова, заснована на доказах «ВІЛ-інфекція у дітей»; клінічна настанова «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді»; адаптована клінічна настанова «Якість ендоскопічних гастроінтестинальних втручань»; клінічні настанови: «Урогенітальний хламідіоз», «Урогенітальний кандидоз», «Захворювання шкіри та слизових оболонок, що спричинені вірусами папіломи людини», «Урогенітальний мікоплазмоз», «Сифіліс» «Гонококова інфекція», «Урогенітальна трихомонадна інфекція»; клінічна настанова «Профілактика, діагностика та лікування опортуністичних інфекцій та супутніх хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб»; проект адаптованої клінічної настанови «Психічні та поведінкові розлади (синдром залежності) внаслідок вживання опіоїдів»; клінічна настанова, заснована на доказах «Хвороба Віллебранда» [60].

Під час розроблення таких настанов найчастіше використовується прототип настанови, яка успішно функціонує за кордоном.

Окремо слід сказати декілька слів про тарифи на послуги, які також затверджує МОЗ України. Так, 2017 року було прийнято:

1. Тарифи на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України»;

2. Тарифи на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги державної установи «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України»;

3. Тарифи на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»;

4. Про затвердження тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту;

5. Про затвердження Розрахунку тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту [174].

Затвердження вищенаведених тарифів оформлено внесеннями змін до відповідних нормативно-правових актів, що регулюють аналізоване питання.

Таким чином, проаналізовані вище нормативи і стандарти у сфері охорони здоров'я є основою для впровадження стандартів надання медичних послуг.

Нагадаємо, що 2017 року законодавець закріпив визначення «медична послуга». Проведення уніфікованої системи медичних стандартів з їх економічною складовою підвищить можливості раціонального управління фінансовими, кадровими, матеріально-технічними ресурсами, підсилить роль і вплив населення на формування регіональної політики в системі охорони здоров'я, зменшить фінансовий тягар на пацієнтів і їхні сім'ї, зробить прозорим механізм взаєморозрахунків у галузі охорони здоров'я та сприятиме проведенню ефективних реформ системи фінансування охорони здоров'я. Більше того, наявність медичних стандартів, розроблених з урахуванням оцінки ефективності технологій і їх вартості, дасть змогу реалізувати право населення на отримання якісної медичної допомоги та має стати правовим підґрунтям захисту лікарів від необґрунтованих претензій пацієнта чи його родичів [55].

Безумовно, існує необхідність обов'язкового використання при створенні медичних стандартів і проведенні розрахунків витрат з їх забезпечення сучасних інформаційних технологій [40]. Наявність автоматизованої технології розрахунку витрат на медичну процедуру надасть змогу формувати кошториси та отримувати розрахунки витрат на медичні процедури за нормативом та обчислювати накладні витрати.

Сформовано стандарт медичної допомоги, який включає окремі діагностичні та лікувальні процедури з розрахованими витратами на їх виконання, медикаменти, які використовуються для виконання стандарту за наявності довідника з їх поточними цінами, а також тривалість перебування хворого в стаціонарі (при розрахованій вартості одного дня перебування) чи вартість поліклінічного обслуговування, що дає змогу отримати в автоматичному режимі витрати на виконання професійно орієнтованих стандартів медичної допомоги, зокрема і в обсягах, гарантованих державою. Систему ціноутворення на медичну допомогу в Україні необхідно розглядати як важливу складову економічного аналізу в охороні здоров'я, що ґрунтується на загальноприйнятих клініко-економічних підходах [55].

Отже, на сьогодні в Україні розроблено значну кількість медичних стандартів, основними їх формами є державні соціальні стандарти надання медичної допомоги, медико-економічні стандарти та клінічні протоколи. На порядку денному має стояти питання впорядкування цієї значної за обсягами бази медичних стандартів з метою їх приведення до міжнародних вимог [191, с.99]. Однак «стандарти» в наших реаліях нічого не означають, оскільки державне фінансування не забезпечує й половини тих українських стандартів, що затверджені державою [183].

Усе вищенаведене дає змогу навести такі висновки щодо стандартів надання медичних послуг:

- 1) розроблення та впровадження стандартів надання медичних послуг у контексті уніфікованості конкретних правил, об'єктивованих у вигляді

медичних стандартів з їх економічною складовою, є основою для надання якісних послуг;

2) стандарти надання медичних послуг мають бути одним з елементів управління якістю, безпечністю, економічністю медичної допомоги та охорони здоров'я загалом, при цьому розуміючи, що якість медичної послуги є суб'єктивним поняттям, однак, незважаючи на це, держава мусить увесь час наглядати та контролювати окремі аспекти, що входять до розуміння надання якісної послуги, розроблюючи при цьому єдині уніфіковані та стандартизовані вимоги;

3) спеціалізований закон в аналізованій сфері надає чітке уявлення про систему стандартів охорони здоров'я, однак не всі вони стосуються надання медичних послуг. Проте суб'єкти надання медичних послуг мають неухильно дотримуватись усіх стандартизованих вимог у сфері охорони здоров'я;

4) упровадження певних практик здійснюється за допомогою методик, які встановлюють основні етапи реалізації конкретного механізму. У свою чергу уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги слугують допоміжним елементом системи стандартизації медичної послуги, оскільки містять перелік етапів надання конкретної медичної послуги та слугують для єдності лікувального процесу. Центральним суб'єктом, що має забезпечувати єдність розуміння уніфікованих клінічних протоколів, є Міністерство охорони здоров'я України. А ось медико-економічні стандарти мають бути розроблені щодо кожного профілю діяльності лікарів-спеціалістів;

5) під час розроблення клінічних настанов, які мають здебільшого рекомендаційний характер, найчастіше використовується прототип настанови, яка успішно функціонує за кордоном;

б) нормативи і стандарти у сфері охорони здоров'я є основою для впровадження стандартів надання медичних послуг;

7) 2017 року законодавець закріпив визначення «медична послуга», тим самим увівши її в обіг на якісно новому рівні – давши поштовх правовому захисту лікарів із визначенням обсягів їхньої діяльності та критеріїв її якості.

Отже, стандартами надання медичних послуг можна вважати нормативно-правові акти, прийняті з метою регулювання питань вчинення різноманітних дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів – з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом.

В умовах сучасності гостро стоїть потреба уніфікації та стандартизації надання медичних послуг, основою для впровадження яких є нормативи і стандарти у сфері охорони здоров'я. Самі ж розроблення та впровадження стандартів надання медичних послуг у контексті уніфікованості конкретних правил, об'єктивованих у вигляді медичних стандартів з їх економічною складовою, є основою для надання якісних послуг в аналізованій сфері.

Висновки до розділу 1

1. З'ясовано, що в країні діє застаріла модель організації та функціонування сфери охорони здоров'я, основні складові якої не підлягали кардинальному реформуванню впродовж останніх десятиліть, тим самим гальмуючи процес упровадження загальнолюдських цінностей та особи-пацієнта як центрального споживача отримання медичних послуг. У світлі найближчих конституційних змін медична реформа передбачає введення оплати за медичні послуги, однак законодавчі зміни торкнуться не тільки сфери фінансування медичних послуг, а й усієї системи правового регулювання галузі охорони здоров'я, оскільки вбачається, що саме проблеми її функціонування є стрижнем її дисфункціональності.

2. Визначено, що загальними ознаками правових відносин є те, що вони є формою суспільного відношення особливого роду; урегульовуються нормами права, де передбачається міра доступної, належної та допустимої

поведінки; передбачають двосторонній зв'язок між конкретними суб'єктами права; реалізуються в конкретній формі; перебувають під охороною держави; забезпечуються за необхідності державним примусом. У свою чергу специфіка адміністративно-правових відносин полягає в тому, що вони врегульовуються переважно нормами адміністративного права; складаються у сфері саме державного управління; мають організаційний та виконавчо-розпорядчий характер; передбачають наявність владного суб'єкта і підконтрольного об'єкта як учасників цих відносин, що характеризуються їх нерівністю; підставою їх виникнення є зобов'язання публічної адміністрації.

3. Сформовано поняття адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров'я як форми суспільного відношення особливого роду (організаційного та виконавчо-розпорядчого характеру), урегульованої більшою мірою нормами адміністративного права, що виникає в сфері державного управління під час реалізації публічною адміністрацією зобов'язання щодо забезпечення покращення фізичного і психічного здоров'я населення, репрезентуючи при цьому двосторонній зв'язок між владним суб'єктом і підконтрольним об'єктом (як учасників цих відносин), який характеризуються їх нерівністю в мірі доступної, належної та допустимої їх поведінки та перебуває під охороною держави (забезпечуються за необхідності державним примусом).

4. Визначено, що об'єкт адміністративно-правових відносин у галузі охорони здоров'я – це конкретне правове відношення, пов'язане з реалізацією публічною адміністрацією зобов'язань щодо забезпечення покращення фізичного і психічного здоров'я населення. Медичні послуги, їх якість, доступність, своєчасність і достатність є одним із чинників належного функціонування загальної системи охорони здоров'я, а тому можуть бути самостійним об'єктом відповідних адміністративних відносин.

5. Виявлено, що зародження інституту надання медичних послуг письмово фіксується ще від доби існування Київської Русі. Саме поняття «послуга» є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності

уповноважених суб'єктів щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом.

6. Визначено термін «медична послуга» з адміністративної точки зору – це сукупність різноманітних дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом, породжуючи при цьому виникнення відповідних відносин у сфері охорони здоров'я.

7. Стверджується, що медична послуга та медична допомога співвідносяться як частина і ціле: послуга поглинає своїм розумінням всі різновиди медичної допомоги, розкриваючи при цьому конкретний перелік дій уповноважених суб'єктів у сфері їх надання. Можемо спостерігати дуалізм приватноправових і публічноправових інструментів урегулювання суспільних зв'язків в аналізованій сфері.

8. Наголошено на такому: взятий курс на реформування системи охорони здоров'я є цілком виправданим, однак його дієвість оцінити можна буде лише після повного запровадження запланованих змін, які розподілені на певні етапи й результати яких будемо спостерігати через декілька років. Наразі законодавець, закріпивши 2017 року перелік платних медичних послуг, фактично узаконив надання оплатної медичної допомоги, оскільки окремі послуги в закладах охорони здоров'я і так були оплатними, що не узгоджувалось із конституційними положеннями про безоплатність і доступність вітчизняної медицини. Усі інші послуги мають надаватися безкоштовно, і їх перелік буде затверджено на наступних етапах здійснення реформи.

9. З'ясовано, що серед науковців немає єдиного загальноприйнятого визначення категорії «принципи», що спричиняє неоднаковість розуміння їх сутності та значення в конкретній сфері їх існування. Ототожнювати правові

норми, які складають основу правового регулювання в сфері медичних послуг із принципами такої діяльності не правильно, оскільки останні є більш широкою категорією й не завжди залежать від суб'єктивної думки нормотворця.

10. Принципи надання медичних послуг визначаються як: 1) система об'єктивно існуючих у суспільстві цінностей з пріоритетом життя і здоров'я людини перед іншими благами та забезпечення охорони їх публічною адміністрацією; 2) вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг; 3) керівні засади здійснення такої діяльності; 4) сукупність заходів з урегулювання суспільних дій шляхом втручання публічної адміністрації у процес надання медичних послуг.

11. З'ясовано, що загальні принципи регулювання охорони здоров'я є системою засад, на яких має базуватись основа принципів надання медичних послуг; більше того, в аналізованій сфері чільне місце займають принципи державного управління, які притаманні всім без винятку сферам адміністративної діяльності.

12. Наголошено, що за доби існування Української Народної Республіки охорона здоров'я населення, а відтак і особливості надання медичних послуг базувались на принципах: загальнодоступності та державної гарантованості, безоплатності як медичної допомоги, так і надання лікувальних і діагностичних засобів (при стаціонарному лікуванні); плановості мереж закладів охорони здоров'я; профілактичної діяльності з метою фізичного і гігієнічного виховання громадян, розвитку масової фізичної культури і спорту; участі громадськості в справах охорони здоров'я.

13. Виявлено, що принципи надання медичних послуг і принципи формування ринку медичних послуг певною мірою дублюються, проте медичні послуги мають базуватися на пріоритеті здоров'я конкретного пацієнта, у той час як ринок медичних послуг є елементом конкурентної економіки.

14. Доведено, що принципи надання медичних послуг за функціональним призначенням можна класифікувати на:

– принципи правового регулювання у сфері надання медичних послуг, тобто за допомогою яких урегульовуються суспільні дії шляхом втручання публічної адміністрації у процес надання медичних послуг (поєднання централізації та децентралізації; профілактична та реабілітаційна спрямованість; гарантії доступності якісних послуг; фінансування та організація системи охорони здоров'я через визнання людини найвищою цінністю тощо);

– організаційні, тобто керівні засади здійснення такої діяльності (відкритості; підзвітності; якості; доступності; належності; використання коштів на благо пацієнтів, ефективності; зворотної комунікації; міжсекторальної взаємодії та інші);

– технічні, які супроводжують процес надання медичних послуг (автоматизації системи надання медичних послуг із винесенням до електронних карток кожного етапу її реалізації; забезпечення лікарів і допоміжного персоналу інвентарем для якісного та належного надання медичної послуги та інші);

– процедурні, які реалізуються під час надання послуги (дотримання стандартів та використання протоколів; індивідуалізація конкретного пацієнта та взаємоповаги; раціональне призначення лікування, зокрема і застосування лікарських засобів; своєчасність, плановість, поетапність та чітка деталізація надаваної послуги тощо);

– професійні, тобто вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг (добросовісно, якісно і достойно виконувати свої професійні обов'язки; зберігати лікарську таємницю; піклуватися про здоров'я пацієнтів; пропагувати людину та її здоров'я як найвищі цінності в лікарській діяльності; удосконалювати свій рівень професіоналізму; піднімати авторитет діяльності лікаря та утверджувати чесні та благородні традиції такої професії).

15. Виявлено, що в умовах сучасності гостро стоїть потреба уніфікації та стандартизації надання медичних послуг, основою для впровадження яких є нормативи і стандарти в сфері охорони здоров'я. Самі ж розроблення та впровадження стандартів надання медичних послуг у контексті уніфікованості конкретних правил, об'єктивованих у вигляді медичних стандартів з їх економічною складовою, є основою для надання якісних послуг в аналізованій сфері.

16. Стандартами надання медичних послуг можна вважати нормативно-правові акти, прийняті з метою регулювання питань учинення різноманітних дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення їх у кінцевому рахунку корисним ефектом.

17. Наголошено, що стандарти надання медичних послуг є одним з елементів управління якістю, безпечністю, економічністю медичної допомоги та охорони здоров'я загалом, при цьому розуміючи, що якість медичної послуги є суб'єктивним поняттям, однак, незважаючи на це, держава мусить увесь час наглядати та контролювати окремі аспекти, що входять до розуміння надання якісної послуги, розроблюючи при цьому єдині уніфіковані та стандартизовані вимоги.

18. Визначено, що спеціалізований закон в аналізованій сфері надає чітке уявлення про систему стандартів охорони здоров'я, однак не всі вони стосуються надання медичних послуг. Проте суб'єкти надання медичних послуг мають неухильно дотримуватись усіх стандартизованих вимог у сфері охорони здоров'я.

19. З'ясовано, що впровадження певних практик здійснюється за допомогою методик, які встановлюють основні етапи реалізації конкретного механізму. У свою чергу уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги є допоміжним елементом системи стандартизації медичної послуги, оскільки

містять перелік етапів надання конкретної медичної послуги та слугують для єдності лікувального процесу. Центральним суб'єктом, що має забезпечувати єдність розуміння уніфікованих клінічних протоколів, є Міністерство охорони здоров'я України. А ось Медико-економічні стандарти мають бути розроблені щодо кожного профілю діяльності лікарів-спеціалістів.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

2.1 Поняття та елементи механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні

Україна витрачає значну частину ВВП на послуги охорони здоров'я, проте рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн. Водночас багатьом країнам вдається досягати доволі позитивних показників тривалості життя та смертності, маючи зівставні витрати на охорону здоров'я [103]. Поступово переймається курс європейської моделі державного будівництва. Проте, визначивши свій шлях до європейської інтеграції, уже протягом досить тривалого часу наша країна намагається перейняти й упровадити загальновідомі європейські цінності, а також механізми їх забезпечення й реалізації. Йдеться передусім про закріплення та визнання в Основному Законі людини, її життя і здоров'я, честі і гідності, недоторканності і безпеки найвищою соціальною цінністю в Україні [119, с.10]. Першочергові реформувальні зміни у сфері надання медичних послуг уже впроваджені, залишилось тільки спостерігати за ходом їх реалізації.

Що стосується адміністративно-правового регулювання цієї сфери, то слід зазначити, що в адміністративній науці використовуються терміни «державне регулювання», «правове регулювання», «адміністративно-правове регулювання» [76, с. 13].

Поняття державного регулювання досить часто використовується в наукових дослідженнях, політичній літературі, у науково-популярних виданнях, а також деяких нормативних актах. Незважаючи на це, воно залишається не до кінця визначеним, що призводить до різного тлумачення самого явища, а відтак – до невизначеності його сутності. Найчастіше

поняття державного регулювання використовується поряд із поняттям державного управління. Співвідношення між ними або не визначається вченими, або розкривається залежно від їхніх позицій щодо загальних уявлень про форми й методи діяльності держави. Саме тому державне регулювання інколи ототожнюють з використанням непрямих (економічних, заохочувальних, стимулювальних) методів управлінського впливу. Причому державне регулювання не може бути використане без застосування методів безпосереднього впливу на об'єкти управління, і тому державне регулювання зрештою не можливе без державного управління [2].

Отже, державне регулювання можна визначити як систему управлінських методів щодо врегулювання певного кола державно-владних зв'язків у певній сфері.

Натомість під правовим регулюванням П. Рабинович розуміє здійснення державною владою засобів владного впливу на суспільні відносини з метою їх упорядкування, закріплення й розвитку [148, с. 151]. На думку М. Горшенєва, правове регулювання – це сукупність різноманітних форм і засобів юридичного впливу держави на поведінку учасників суспільних відносин, що здійснюється в інтересах усього суспільства або певного колективу чи особистості з метою підпорядкування поведінки учасників суспільних відносин, що здійснюються в інтересах усього суспільства або певного колективу чи особистості, установленого в суспільстві правопорядку [37; 54, с. 300].

Поняття правового регулювання й державного регулювання певною мірою є суміжними, однак не тотожними, оскільки перше є більш загальним і включає в себе ширший обсяг різноманітних форм і засобів юридичного впливу. Існує думка, що адміністративно-правове регулювання – це цілеспрямований вплив норм адміністративного права на суспільні відносини з метою забезпечення за допомогою адміністративно-правових засобів прав, свобод і публічних інтересів фізичних та юридичних осіб, нормального функціонування громадянського суспільства та держави [4; 33; 81, с.17].

Отже, адміністративно-правове регулювання базується на адміністративній нормі, що має на меті забезпечити права осіб, побудувати нормальне громадянське суспільство та державу. Однак регулювальний вплив норм адміністративного права на суспільні відносини у сфері надання медичних послуг нечасто здійснюється виключно нормами адміністративного права – у більшості випадків це забезпечується через систему юридичних елементів, які хоча й засновані на нормах адміністративного права, але в силу специфічного їх наповнення матеріальними й процесуальними чинниками набувають нової якості, що об'єктивно надає їм можливість відносно самостійно впливати на якість надання медичних послуг в Україні.

Безпосередньо регулювальний вплив права на суспільні відносини полягає в тому, що воно у своїх нормах конструє модель обов'язкової чи дозволеної поведінки різних суб'єктів цих відносин. Це виявлено в наданні одним суб'єктам суспільних відносин певних прав і в накладанні на інших певних обов'язків, пов'язуючи їх тим самим взаємними правами й обов'язками. При цьому можливості права в регулюванні суспільних відносин не свавільні й не безмежні. Правове регулювання зумовлено деякими об'єктивними та суб'єктивними чинниками, до яких можна віднести: а) рівень економічного розвитку суспільства; б) його соціальну структуру; в) рівень зрілості, стійкості суспільних відносин; г) рівень правової культури громадян і посадових осіб; д) рівень визначеності предмета, засобів і методів правового регулювання [50; 56, с. 511].

Тобто очевидним є факт, що регулювальний вплив на будь-які суспільні відносини, зокрема і в сфері надання медичних послуг в Україні, здійснює публічна адміністрація (державні органи).

Уперше поняття «публічне адміністрування» і «публічне управління» 1887 року використав майбутній 28-й президент США В. Вільсон в есе під назвою «Вивчення адміністрації» («The Study of Administration»), за допомогою якого було сформовано окремий науковий та освітній напрямок,

який отримав свій подальший розвиток. У цій праці Вільсон писав: «Мета адміністративної науки полягає в тому, щоб визначити, по-перше, у чому полягає діяльність уряду, а по-друге, як він має здійснювати цю діяльність ефективно і з найменшими фінансовими та енергетичними витратами» [15; 150, с. 5].

Тобто спочатку «публічне адміністрування» позначало головні напрямки ефективної та з найменшими фінансовими й енергетичними витратами діяльності уряду.

У свою чергу В. Малиновський трактує термін «публічна адміністрація» як сукупність державних і недержавних суб'єктів публічної влади, ключовими структурними елементами якої є органи виконавчої влади та виконавчі органи місцевого самоврядування [88, с. 18]. Тоді як, на думку Т. Кравцової, публічна адміністрація – це певним чином побудована система органів державної виконавчої влади та виконавчих органів місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації та інших суб'єктів, наділених адміністративно-управлінськими функціями, які діють з метою забезпечення як інтересів держави, так і інтересів суспільства в цілому. При цьому їй притаманні властивості, які відрізняють її від інших державних утворень і які можна побачити у визначенні цього поняття. Діяльність усіх державних органів базується на певних принципах, не є виключенням і публічна адміністрація, вона також діє відповідно до певних принципів – верховенства права, гуманізму, законності, демократизму, професійної компетентності, відповідальності тощо [77, с. 523].

З цього слідує, що сучасне розуміння трактування терміна «публічна адміністрація» зводиться до сукупності публічних органів (державних і недержавних), які діють з метою забезпечення як інтересів держави, так і інтересів суспільства в цілому.

При цьому слід розуміти, що в аналізованій сфері такими суб'єктами насамперед є Міністерство охорони здоров'я України та його структурні підрозділи – як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну

політику у сфері охорони здоров'я, та інші центральні органи виконавчої влади, які реалізують державну політику у сферах санітарного й епідемічного благополуччя населення, контролю якості та безпеки лікарських засобів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань [112].

Окрім того в законодавстві про охорону здоров'я [112] передбачається, що публічною адміністрацією в цій сфері є:

1) Верховна Рада України, яка формує основу державної політики охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, установлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я;

2) Верховна Рада Автономної Республіки Крим та її органи місцевого самоврядування – через формування місцевих і регіональних комплексних і цільових програм, відображаючи специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях;

3) Кабінет Міністрів України, який організує розроблення та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові й організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди й координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я;

4) Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, які в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують

і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я;

5) Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством.

Відтак публічну адміністрацію у сфері регулювання надання медичних послуг складають такі суб'єкти:

1) загальноповноважні: Президент України, Верховна Рада України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим та її органи місцевого самоврядування, Кабінет Міністрів України, Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації на цій території, Міністерство оборони України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство транспорту, Міністерство інформаційної політики України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Міністерство регіонального розвитку та будівництва України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування;

2) спеціальноповноважні: Міністерство охорони здоров'я України та його управління, відділи та сектори, Державний Експертний Центр МОЗ України, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, центри 112, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Академія медичних наук, дослідницькі інститути, навчальні заклади та деякі інші.

Усі ці суб'єкти публічної адміністрації зобов'язані створювати всі належні умови для медичних закладів, які безпосередньо надають медичні послуги населенню.

Проте чільне місце в цьому переліку займе Національна служба здоров'я України, яка на початку 2018 року в Україні може з'явитися як незалежний замовник послуг, відповідальний за фінансування системи охорони здоров'я [24].

Слід наголосити, що ефективність правового впливу на суспільні відносини у сфері публічного адміністрування залежить не тільки від їх природи та особливостей, правильно знайденого методу регулювання, а й від успішного використання всіх елементів механізму, за допомогою якого правова воля переводиться у фактичну поведінку суб'єктів адміністративного права [70]. Тобто правильно використані елементи механізму правового регулювання безпосередньо впливають на ефективність правового втручання в суспільні зв'язки та на їх результативність [154, с.85].

Тож саме тепер слід звернути увагу та визначення такого явища, як «механізм». Найбільш часто цей термін застосовують у техніці, його трактують як «пристрій, що передає або перетворює рух» [22, с.665]. У словнику іншомовних слів зазначено, що термін «механізм» походить від грецького значення «знаряддя, пристрій» і розшифровується у двох значеннях: по-перше, як пристрій (сукупність ланок або деталей), що передає чи перетворює рух; по-друге – як сукупність проміжних станів або процесів будь-яких явищ [111, с. 431].

С. Діденко наголошує, що категорію «механізм» у суспільних науках плідно вивчає С. Рудницький, який зазначає, що її часто використовують політологи для опису різноманітних явищ і процесів у політичному житті сучасної України зі зрозумілих причин – адже саме її гносеологічні можливості дозволяють пояснити, яким чином задекларовані права чи чинні інтереси суб'єктів суспільно-політичного життя реалізуються в політичній дійсності. У філософії ця категорія використовується для опису трудових відносин, самореалізації особистості, легітимації політичних інститутів, соціального організму країни, самовідтворення української політичної нації, функціонування й розвитку соціуму та інших явищ. Огляд праць, у яких

використано цю категорію в соціально-економічній, соціально-філософській сферах, здійснив і С. Сухачов [41; 46, с. 96; 153]. Тобто ця категорія є достатньо загальною та використовується для позначення досить широкого кола суспільних явищ у різних сферах життєдіяльності держави [76, с. 67].

В юридичній науці поняття «механізм правового регулювання» активно використовується з 1960 року. Його введення стало наслідком того, що розроблення окремих правових явищ (актів, норм, правовідносин тощо) і дослідження їх впливу на суспільні відносини не завжди давали бажаний результат. У реальній дійсності ці явища не існують ізольовано один від одного, вони постійно взаємодіють і саме у взаємодії надають регулювальний вплив на суспільні відносини [177, с. 18]. Слід додати, що за твердженнями В. Осадчого, ми не знайдемо жодного нормативно-правового акта, де було б прописано поняття механізму правового регулювання, з чого слід зробити висновок, що таку дефініцію законодавчо не прописано, а отже, провідним чинником його розуміння є доктринальні положення вчених, що торкалися в своїх наукових працях цієї проблематики [111, с. 336]. З цього слідує, що механізм правового регулювання є теоретичним явищем, яке виявляється практично не у вигляді самостійного явища, а в сукупності окремих елементів, що діють послідовно та становлять його зміст [46, с. 98].

За думкою С. Стеценко, сьогодні механізм адміністративно-правового регулювання суспільних відносин уявляється як категорія, що виражає процес переведення нормативності права в упорядкованість суспільних відносин, які нормами цієї галузі права регулюються. Іншими словами, правові норми, які використовуються в адміністративному праві, самі по собі статичні, а в рух вони приводяться саме за допомогою механізму адміністративно-правового регулювання [167, с. 212].

З масиву теоретичних визначень такого механізму наведемо ще такі: це сукупність правових засобів, за допомогою яких здійснюється правове регулювання суспільних відносин у сфері адміністративного права [65]; сукупність адміністративно-правових засобів, за допомогою яких

здійснюється вплив на відносини, що виникають у процесі реалізації адміністративних зобов'язань публічної адміністрації [154; 25]; сукупність адміністративно-правових засобів, за допомогою яких здійснюється вплив на відносини, що виникають у процесі реалізації державної виконавчої влади [36, с. 14]; сукупність адміністративно-правових засобів, які, впливаючи на управлінські відносини, організують їх відповідно до завдань суспільства і держави; процес послідовного використання адміністративно-правових засобів для досягнення цілей регулювання дій учасників суспільних відносин [96].

Таким чином, механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність засад та адміністративного інструментарію, яким користується публічна адміністрація під час провадження процесу впорядкування суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняються у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачеві, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення в кінцевому рахунку корисного лікувального ефекту.

Саме з його допомогою держава визначає поведінку суб'єктів цих відносин, тим самим виконуючи регулятивну та охоронну функції для гарантування їхніх прав, свобод і законних інтересів [41, с. 113].

Зазначимо, що з погляду адміністративної теорії, загальна характеристика механізму адміністративно-правового регулювання має певні своєрідні особливості, зокрема: становить собою сукупність юридичних засобів; кошти мають адміністративно-правовий характер; об'єктом впливу постають управлінські відносини; спрямоване на вирішення завдань суспільства і держави; активізує суб'єкти управлінських відносин; підвищує рівень їх правосвідомості, правової культури; забезпечується примусовою силою держави [86].

А. Піголкін, А. Головистиков, Ю. Дмитрієв, А. Саїдов додають, що зазвичай до особливостей механізму правового регулювання відносять таке: по-перше, за своїм характером він є державним, оскільки здійснюється за допомогою загальнообов'язкових норм, що виходять від держави; по-друге, цей механізм спирається на можливість вживання примусової сили держави; по-третє, він має межі впливу на суспільні відносини; по-четверте, він спрямований на впорядкування та закріплення сформованих суспільних відносин; сприяння розвитку та утвердження нових суспільних відносин, в яких зацікавлені суспільство і держава; по-п'яте, здійснюється за допомогою системи правових засобів і методів правового регулювання, зокрема таких, як дозволи, заборони, обв'язування, імперативні й диспозитивні методи регулювання і т.д. [116; 76, с. 73].

Таким чином, механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні включає в себе як загальні ознаки, притаманні механізму правого та адміністративно-правового регулювання будь-якої сфери суспільного життя держави, так і спеціальні.

Можна вважати, що ознаками механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні є такі: 1) уявляється як певна сукупність різноманітного адміністративного інструментарію та правових засад; 2) ним користується публічна адміністрація; 3) його метою є впровадження процесу упорядкування суспільних відносин; 4) діє в площині суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняються у процесі надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення; 5) з його допомогою визначається поведінка суб'єктів цих відносин.

Переходячи до розгляду елементів механізму, потрібно звернутися до наукових позицій з приводу трактування такого явища. Згідно із загальною теорією права до елементів механізму правового регулювання належать: юридичні норми; нормативно-правові акти; акти офіційного тлумачення; юридичні факти; правовідносини; акти правореалізації; правосвідомість і

режим законності та правопорядку, який упроваджується в результаті досягнення цілей правового регулювання. Кожній стадії правового регулювання відповідають специфічні елементи механізму правового регулювання, місце яких в останньому зумовлене їхньою функціональною роллю. Функціонування механізму правового регулювання відрізняється послідовністю: кожен з його елементів вступає в дію на певній стадії правового регулювання [29, с. 101; 35; 41, с. 237].

Як критерій виділення основних елементів механізму правового регулювання С. Алексєєв запропонував використовувати стадії правового регулювання [5, с.26]. До них належать: стадія формування і дії юридичних норм; стадія виникнення прав та обов'язків (правовідносин); стадія реалізації прав і обов'язків; стадія застосування права. Відповідно до зазначених стадій і з урахуванням особливостей адміністративно-правового регулювання можна виділити три основні елементи механізму адміністративно-правового регулювання: адміністративно-правові норми; адміністративно-правові відносини; адміністративно-правові акти [46, с. 101; 177, с. 18].

Тобто елементи механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це компоненти єдиного специфічного комплексного утворення, які в сукупності або окремо один від одного (як самостійні об'єкти) доводять процес публічного управління та надання адміністративних послуг у сфері будь-яких дій, пов'язаних з наданням матеріальних чи нематеріальних благ для покращення фізичного і психічного здоров'я населення до логічного результату, виконуючи своє правове завдання.

Як приклад М. Савенко визначає, що структуру механізму забезпечення прав і свобод громадянина у сфері державного управління становлять правові принципи, норми (юридичні гарантії), а також умови і вимоги щодо діяльності органів державного управління та їх посадових осіб. Існує думка, що ця система взаємопов'язаних правових норм закріплює основні права та свободи громадян і встановлює гарантії їх реалізації, а

також систему органів державного управління та його апарату, які забезпечують, охороняють і захищають основні права та свободи громадян [155, с.74]. Водночас А. Колодій виокремлює такі елементи: а) норма права; б) правовідносини; в) акти безпосередньої реалізації прав і обов'язків; г) акти застосування норм права [64, с.136]. Елементами механізму правового регулювання називають також: а) норми права; б) правовідносини; в) правореалізацію та відповідні акти; г) правосвідомість і правову культуру; д) законність правового регулювання [83, с. 394; 108, с.123].

За нашим баченням, аналізований механізм складається з норм і принципів адміністративного права, застосування, реалізації та тлумачення нормативних актів, юридичної відповідальності, форм, методів і процедур адміністративної діяльності публічної адміністрації в цій сфері. Спробуємо розкрити особливості деяких із них.

Загалом адміністративно-правова норма – це правило поведінки, що встановлене державою (Верховною Радою України, органом виконавчої влади) з метою регулювання суспільних відносин у сфері державного управління [20, с. 32] і забезпечується санкцією, організованим захистом з боку держави [7].

Такі норми визначають межі належної, допустимої та рекомендованої поведінки людей, діяльності органів виконавчої влади, їх посадових осіб, а також підприємств, установ, організацій і трудових колективів у сфері виконавчої влади [7]. Адміністративно-правова норма конкретизує управлінську волю держави, перетворює її на обов'язкове правило поведінки для людей [67, с.32-33].

Як ми вже з'ясували, у межах досліджуваного явища існує досить розгалужена система нормативно-правових актів, які здійснюють регулювальний вплив як на загальнодержавному рівні, так і локальному. Мова насамперед іде про закони та підзаконні нормативно правові акти, а також про різноманітні цільові програми, галузеві стандарти та прогнози в сфері охорони здоров'я.

Щодо принципів нагадаємо, що це, по-перше, вимоги, які розповсюджуються на суб'єктів надання медичних послуг; по-друге – керівні засади здійснення такої діяльності, по-третє – сукупність заходів з урегулювання суспільних дій шляхом втручання публічної адміністрації у процес надання медичних послуг. Відтак їх систему становлять принципи правового регулювання в сфері надання медичних послуг – організаційні, технічні, процедурні, професійні.

Акти застосування норм адміністративного права включаються в механізм адміністративно-правового регулювання як засоби індивідуалізації прав, обов'язків і міри відповідальності [70]. Це виявлення владного веління компетентних державних органів, спрямоване на забезпечення умов для реалізації суб'єктивних прав та обов'язків учасників адміністративно-правових відносин. Застосування можна сприймати як один із варіантів реалізації норм права, однак реалізовувати його мають право лише компетентні державні органи. Результат процесу застосування норм права – акт застосування права, що становить собою результат вирішення конкретної юридичної справи [65; 167].

Акти реалізації прав і обов'язків становлять фактичну поведінку суб'єктів правовідносин щодо здійснення своїх прав і обов'язків. Саме реалізація прав і обов'язків завершує «роботу» механізму правового регулювання – реальна поведінка така, на яку було спрямоване правове регулювання [25]. Акти тлумачення норм права – це процес, спрямований на встановлення змісту норм права з метою їх правильної реалізації. Слід зазначити, що важливість тлумачення норм права як функціональної складової частини механізму адміністративно-правового регулювання не можна перебільшити. Об'єктивно необхідно вказати, що потреба у тлумаченні норм адміністративного права виникає часто через вади суб'єкта правотворчості. Як офіційне (здійснюють спеціально уповноважені державою органи), так і неофіційне тлумачення норм права (здійснює будь-яка людина) значною мірою впливає на функціонування механізму

адміністративно-правового регулювання, оскільки належне тлумачення – одна з умов правильної реалізації норм права, яка своєю чергою призводить до регулювання відповідних суспільних відносин [65; 167].

Можна вважати, що застосування, реалізація та тлумачення нормативних актів є формою діяльності публічної адміністрації в аналізованій сфері, однак відповідно до їх значення доцільно виокремити їх в окремі елементи механізму.

Усе вищевикладене дає можливість сформулювати такі висновки щодо поняття та елементів механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні:

– державне регулювання можна визначити як систему управлінських методів щодо врегулювання певного кола державновладних зв'язків у певній сфері;

– поняття правового регулювання й державного регулювання певною мірою є суміжними, однак не тотожними, оскільки перше є більш загальним та включає в себе ширший обсяг різноманітних форм і засобів юридичного впливу;

– адміністративно-правове регулювання базується на адміністративній нормі, що має на меті забезпечити права осіб, побудувати нормальне громадянське суспільство та державу. Однак регулювальний вплив норм адміністративного права на суспільні відносини у сфері надання медичних послуг нечасто здійснюється виключно нормами адміністративного права – у більшості випадків це забезпечується через систему юридичних елементів, які хоча й засновані на нормах адміністративного права, але в силу специфічного їх наповнення матеріальними й процесуальними чинниками набувають нової якості, що об'єктивно надає їм можливість відносно самостійно впливати на якість надання медичних послуг в Україні;

– регулювальний вплив на будь-які суспільні відносини, зокрема і в сфері надання медичних послуг в Україні здійснює публічна адміністрація (державні органи). Спочатку термін «публічне адміністрування» позначав

головні напрямки ефективної і з найменшими фінансовими та енергетичними витратами діяльності уряду. Сучасне розуміння трактування цього терміна зводиться до сукупності публічних органів (державних і недержавних);

– публічну адміністрацію у сфері регулювання надання медичних послуг складають такі суб'єкти:

1) загальноповноважні: Президент України, Верховна Рада України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим та її органи місцевого самоврядування, Кабінет Міністрів України, Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації на цій території, Міністерство оборони України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство транспорту, Міністерство інформаційної політики України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Міністерство регіонального розвитку та будівництва України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування;

2) спеціальноповноважні: Міністерство охорони здоров'я України та його управління, відділи та сектори, Національна служба здоров'я (триває процес створення як незалежного замовника послуг, який відповідальний за фінансування системи охорони здоров'я), Державний Експертний Центр МОЗ України, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, центри 112, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Академія медичних наук, дослідницькі інститути, навчальні заклади;

– механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні включає в себе як загальні ознаки, притаманні механізму правового та адміністративно-правового регулювання будь-якої сфери суспільного життя держави, так і спеціальні. Цими ознаками є такі:

1) уявляється як певна сукупність різноманітного адміністративного інструментарію та правових засад; 2) ним користується публічна

адміністрація; 3) його метою є впровадження процесу упорядкування суспільних відносин; 4) діє в площині суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняється у процесі надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення; 5) з його допомогою визначається поведінка суб'єктів цих відносин;

– механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні складається з норм і принципів адміністративного права, застосування, реалізації та тлумачення нормативних актів, юридичної відповідальності, форм, методів і процедур адміністративної діяльності публічної адміністрації в цій сфері.

Отже, механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність засад та адміністративного інструментарію, яким користується публічна адміністрація під час упровадження процесу упорядкування суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняються у сфері надання матеріальних або нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачеві, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення в кінцевому рахунку корисного лікувального ефекту.

Елементи механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це компоненти єдиного специфічного комплексного утворення, які в сукупності або окремо один від одного (як самостійні об'єкти) доводять процес публічного управління та надання адміністративних послуг у сфері будь-яких дій, пов'язаних з наданням матеріальних чи нематеріальних благ для покращення фізичного і психічного здоров'я населення, до логічного результату, виконуючи своє правове завдання.

2.2 Форми і методи адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг

Наразі в Україні спостерігається оптимізація системи органів публічної адміністрації, перехід до нової доктрини «людиноцентризму» у взаємовідносинах людини й держави, оновлення форм і методів публічного адміністрування сферами суспільного життя, трансформація різноманітних державних установ. Усі ці заходи спрямовано на зміцнення позицій України на світовій арені та формування позитивного іміджу нашої держави, чому зокрема сприяє оновлення законодавства й приведення його до стандартів і норм Європейського Союзу [164, с. 355].

Упорядковуючи сферу надання медичних послуг, публічна адміністрація має визначити, які індивідуальні та соціальні послуги мають бути створені, як, де, ким; як можна сформулювати, зібрати та розподілити достатнє фінансування; як уся система буде керуватися (плануватися, регулюватися тощо) для досягнення бажаних результатів у найбільш прозорий та ефективний спосіб, та як можуть бути зібрані всі необхідні компоненти (людські ресурси, приміщення, технології, інформація тощо) [112].

Відповідно уповноважені на це суб'єкти з метою виконання поставлених завдань здійснюють конкретну адміністративну діяльність, яка характеризується використанням певного інструментарію, різновидом якого є форми й методи.

За твердженнями В. Коваленка, категорії форм і методів публічного адміністрування необхідно розглядати в нерозривному зв'язку. Якщо форму діяльності публічної адміністрації можна досить ясно продемонструвати, показати її правовий зміст і основне призначення, то її методи характеризуються меншим ступенем правової регламентації. В юридичній літературі існують певні труднощі з розумінням категорії методу, з

відокремленням її від форми публічного адміністрування, а також методу правового регулювання. Методи публічного адміністрування застосовуються владними суб'єктами адміністративного права (публічною адміністрацією) [69, с. 89].

Саме тому в межах нашого дослідження доцільно розглянути категорії і форм, і методів публічного адміністрування в аналізованій сфері разом, оскільки вони є взаємозалежними та перебувають у нерозривному взаємозв'язку.

Тож для початку з'ясуємо теоретичні надбання провідних науковців стосовно визначення та сутності аналізованих явищ.

Форма є первинною щодо методу. Якби не було форми публічного адміністрування, методи публічного адміністрування втратили би будь-який сенс. Наприклад, як можна застосувати заходи адміністративного стягнення або надати ліцензію фізичній чи юридичній особі без документального оформлення таких дій, тобто без прийняття відповідного правового акта публічного адміністрування [70, с. 348].

На нашу думку, найбільш обґрунтованою і конструктивною є позиція тих учених, що, розглядаючи форми діяльності як особливий структурний елемент правового статусу органів публічної влади, розмежовують правові (юридичні) та організаційні (неправові) форми їх діяльності залежно від характеру породжуваних наслідків. У новітній юридичній літературі відзначається, що характер форм діяльності конкретного органу визначається «природою суб'єкта державної влади і його компетенцією в галузі здійснення державно-владних повноважень» [48; 109, с. 252]. Так, форми діяльності публічної адміністрації, на погляд В. Галуцька, – це зовнішнє вираження однорідних за своїм характером і правовою природою груп адміністративних дій суб'єктів публічної адміністрації, здійснене в рамках режиму законності та компетенції для досягнення адміністративно-правової мети – публічного забезпечення прав і свобод людини і громадянина, нормального функціонування громадянського суспільства й держави. За характером і

правовою природою форми діяльності суб'єктів публічної адміністрації поділяються на видання адміністративних актів (підзаконних нормативно-правових актів, індивідуальних адміністративних актів); укладення адміністративних договорів; учинення інших юридично значущих адміністративних дій; здійснення матеріально-технічних операцій [34, с. 103; 68].

Отже, форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність адміністративних дій посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб, наділених адміністративно-управлінськими функціями щодо належного забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, які здійснюються в межах їх компетенції та мають на меті задоволення публічних інтересів у межах сфери їх правового впливу.

Слід наголосити, що їх регламентація здійснюється нормами різної юридичної сили. Так, Закон від 11 вересня 2003 року «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» [133] визнає форми регулювання адміністративних відносин важливим критерієм щодо встановлення адекватності рішень, які приймаються відповідними суб'єктами, господарським потребам. Регламент Кабінету Міністрів України [149] відносить до форм адміністрування проведення нарад, консультацій тощо [69, с. 90].

Р. Пилипів, досліджуючи форми і методи адміністративної діяльності патрульної поліції за законодавством України, зазначає, що в правовій науці сформувався уявлення про те, що форми адміністративної (публічної) або управлінської діяльності поділяються на дві основні групи – правові та неправові (організаційні) [117, с. 126]. Прихильниками такої думки є багато вчених, зокрема Б. Габрічидзе, В. Колпаков, Ю. Назар, О. Остапенко, В. Серьогін, О. Ярмиш та ін.

Правові форми пов'язані зі встановленням і застосуванням норм права. До першої групи належать такі прояви правових форм, як правотворча та правозастосовна діяльність. Неправові форми публічної діяльності відповідно не пов'язані з реалізацією владних виконавчо-розпорядчих повноважень і не спричиняють юридичних наслідків (проведення суспільно-організаційних заходів; проведення організаційно-технічних заходів), їх мета полягає у сприянні створенню ефективних умов для реалізації повноважень відповідних структур і підрозділів. Це досягається через створення належних умов функціонування системи органів як внутрішньоорганізаційно, так і зовнішньоорганізаційно. Зазначене забезпечується як матеріально-технічним оснащенням, так і вирішенням проблем створення умов для реалізації прав і свобод громадян, а також наданням їм певної інформації, виданням відповідних рішень та адміністративно-правових актів [99, с. 141-142; 179].

Таким чином, формами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні є видання управлінських актів, укладання адміністративних договорів, здійснення реєстраційних та інших юридично значущих дій, здійснення організаційних дій.

Основним суб'єктом, який підлягає аналізу в межах нашого дослідження, є саме Міністерство охорони здоров'я, оскільки наразі воно є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів,

протидії їх незаконному обігу, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного й епідемічного благополуччя населення [135].

Тому форми і методи діяльності публічної адміністрації в цій сфері розкриємо на прикладі саме цього суб'єкта.

Кожен підрозділ МОЗ України відповідальний за конкретний напрямок реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема наразі існують: 1) управління громадського здоров'я; координації центрів реформ; правового забезпечення; аудиту та аналітики; організаційного забезпечення роботи апарату; бухгалтерського обліку і фінансової звітності; ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги; фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції; екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; організації роботи керівництва Міністерства; 2) відділи з питань міжнародної діяльності та євроінтеграції; освіти та науки; забезпечення взаємодії з державними органами та громадськістю і соціального діалогу; 3) сектор мобілізаційної роботи та цивільного захисту; режимно-секретний сектор; оцінювання й усунення корупційних ризиків; охорони праці та матеріально-технічного забезпечення; 4) патронатна служба Міністра (самостійний сектор) [120; 139].

Слід зазначити, що домінантним зовнішнім вираженням діяльності суб'єктів публічної адміністрації щодо реалізації своїх функцій у межах встановленої компетенції є їх акти [69, с. 90]. Так, МОЗ України розробляє проекти законів та інших нормативно-правових актів з питань, що належать до його компетенції [135], зокрема видає різноманітні організаційні накази, основний масив яких стосується реєстрації та перереєстрації лікарських засобів, розподілу лікарських засобів або витрат матеріалів для діагностики певних захворювань (наприклад, Наказ МОЗ України від 05.09.2017 №1052 «Про розподіл витратних матеріалів для діагностики туберкульозу, закуплених за кошти Державного бюджету України на 2016 рік»; Наказ МОЗ України від 07.12.2017 №1558 «Про розподіл лікарського засобу «ЕЛАПРАЗА» для лікування громадян, які страждають на

мукополісахаридоз, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2017 рік»). Окрім того, правовстановлювальним способом установлюються певні прогарами, методики (наприклад, Наказ МОЗ України від 14.09.2017 № 1086 «Про затвердження Антикорупційної програми Міністерства охорони здоров'я України на 2017 рік»).

Однак найважливішим актом, який стосується безпосередньо аналізованої нами сфери, є саме розроблення та затвердження декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги, зразок якого можна знайти в електронній системі охорони здоров'я «eHealth».

Тобто видання управлінських актів (нормативних й індивідуальних) – це процес реалізації основних владних повноважень, завдань, функцій та компетенції посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб, наділених адміністративно-управлінськими функціями щодо належного забезпечення надання медичних послуг з метою упорядкування суспільних відносин у цій сфері.

Саме Міністерство охорони здоров'я України затверджує: галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, зокрема клінічні протоколи і стандарти, здійснює контроль за їх дотриманням; критерії та стандарти державної акредитації закладів охорони здоров'я; єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які провадять певні види медичної та фармацевтичної діяльності, зокрема господарську діяльність; норми харчування для дітей у дошкільних навчальних закладах, фізіологічні норми харчування для осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; норми радіаційної безпеки та припустимі рівні впливу на людину інших фізичних чинників; нормативи навантаження медиків-лікарів; медико-біологічні й соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності; порядок проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян [135] тощо.

Укладання адміністративних договорів – це спеціальний захід адміністрування, спрямований на забезпечення публічного інтересу шляхом укладення угоди на надання чи постачання певних послуг, які є обов'язковими до виконання.

В аналізованій сфері цей захід стосуються закупівлі ліків і виробів медичного призначення (МОЗ України нещодавно підписано нові договори щодо закупівлі ліків з ЮНІСЕФ, ПРООН, Crown Agents [105]), зокрема вакцин, техніки, обладнання (наприклад, договори на закупівлю автомобілів швидкої допомоги), а також про надання різноманітних технічних та організаційних послуг (для фізичних та юридичних осіб). Тобто це спеціальний захід управління, спрямований на забезпечення інтересу суб'єкта владного повноваження шляхом укладення угоди на надання чи постачання певних послуг.

За нашим баченням, здійснення реєстраційних та інших юридично значущих дій – це підтвердження відповідних фактів, а здійснення організаційних дій – це комплекс адміністративних дій, пов'язаних із регулюванням функціонування системи охорони здоров'я, зокрема й надання медичних послуг – наприклад, запровадження й ведення реєстру медичних послуг.

Така діяльність є досить розповсюдженою для адміністративної діяльності аналізованого суб'єкта публічного адміністрування. Зокрема МОЗ України здійснює реєстрацію та перереєстрацію лікарських засобів шляхом внесення відповідних відомостей до реєстру. Кожна зміна оформлюється відповідним наказом, у якому зазначається відповідальна за реалізацію поставлених у ньому завдань особа. Окрім того МОЗ займається створенням і веденням загальнодержавного реєстру хворих, які потребують імплантації електрокардіостимуляторів, веденням реєстрів донорів крові та її компонентів, обміном даними між ними і порядком виключення донорів із зазначених реєстрів. Іншими юридично значущими діями можна вважати, наприклад, проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські

засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення.

Нагадаємо, що форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні тісно пов'язані з методами такої діяльності, мова про які й піде далі.

Доктринально методи діяльності суб'єктів публічної адміністрації – це сукупність засобів, способів здійснення функцій суб'єкта публічної адміністрації, впливу суб'єктів публічної адміністрації на об'єкти публічної діяльності [65]. Методами публічного адміністрування є певні способи практичного виконання суб'єктами публічної адміністрації своїх адміністративних зобов'язань, що відповідають характеру й обсягу наданої їм компетенції [70; 154, с. 106]. Адміністративні методи управління, які ще називають організаційно-розпорядчими, наповнюють усі відносини у сфері державного управління. Це сукупність прийомів, впливів, заснованих на використанні об'єктивних організаційних відносин між людьми та загальноорганізаційних принципів управління. Характерною особливістю адміністративних методів державного управління є, зокрема, прямий вплив на керований об'єкт через установлення його повноважень (прав і обов'язків) [21, с. 176; 124, с. 273-274].

Відтак методами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні можна вважати адміністративні засоби цілеспрямованого впливу з боку спеціальних медичних суб'єктів публічного адміністрування на поведінку учасників суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняється, шляхом заохочення, переконання керівників медичних закладів і лікарів, а також застосування щодо них адміністративного примусу в разі грубого порушення якості надання медичних послуг.

Загалом виокремлюють три основні групи адміністративних методів управління – регламентаційні, розпорядчі й нормативні [21, с.179-180; 87, с.377-378].

У діяльності МОЗ України поширеними є методи переконання і примусу, що органічно поєднані між собою. Сутність методу переконання полягає у впливі на свідомість і поведінку людей з метою формування в них правильних переконань, розуміння необхідності добровільно і сумлінно виконувати вимоги закону та інших правових норм, а зміст становить комплекс різноманітних конкретних заходів і засобів такого впливу [2, с.4; 131] На відміну від переконання, адміністративний примус чітко регламентований правовими нормами та застосовується зазвичай після переконання, якщо відповідні заходи не спричинили зворотній зв'язок та досягнення результатів, що були поставлені суб'єктом владних повноважень. [164, с. 358].

Окрім того в діяльності МОЗ України домінують такі методи адміністративної діяльності:

1) контроль-наглядові – як засоби адміністративного впливу та забезпечення режиму законності в аналізованій сфері: здійснює контроль за дотриманням єдиних вимог і критеріїв до закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць, а також до закладів охорони здоров'я, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги в разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків; здійснює контроль за дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема клінічних протоколів і стандартів; державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги; контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів

медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; контроль за якістю крові, її компонентів і препаратів та відповідних консервуючих розчинів; здійснює контроль за діяльністю підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління; здійснює контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів, забезпечує організацію та вдосконалення порядку ведення бухгалтерського обліку; організовує внутрішній контроль і внутрішній аудит та забезпечує їх здійснення у МОЗ та бюджетних установах, що належать до сфери його управління [135];

2) ревізійні (проведення ревізій відповідно до статі 11 Закону України «Про державну контрольно-ревізійну службу України»). Це документальні перевірки; візуальні перевірки; інструментальні перевірки. Документальні перевірки передбачають нагляд за правильністю і повнотою ведення спеціальної технічної та розпорядчої документації об'єктів наглядової діяльності; роботу з листами і зверненнями юридичних осіб, підприємців і громадян; попередню підготовку ліцензійних матеріалів претендентів на ліцензії; розгляд проектної документації, що має відхилення від норм, які передбачені нормативними документами; моніторинг використання нормативних документів у сфері профілактичної діяльності тощо [84, с.145];

3) профілактичні, що передбачають систему заходів із попередження виникнення несприятливих наслідків, які можуть бути зумовлені неякісним чи несумлінним виконанням обов'язків конкретних суб'єктів: проведення екстреної постконтактної профілактики працівників, які під час надання медичної допомоги та соціальних послуг людям, які живуть з ВІЛ, або контактують з кров'ю чи біологічними матеріалами людини забрудненими ними інструментами, обладнанням чи предметами, отримали пошкодження шкірного покриву або слизової оболонки внаслідок фізичного контакту із забрудненими кров'ю або біологічними матеріалами людини інструментами, обладнанням чи іншими предметами або зазнали безпосереднього відкритого фізичного контакту з кров'ю чи біологічними матеріалами людини; установлює правила та періодичність проведення обов'язкових

профілактичних оглядів на туберкульоз певних категорій населення; затверджує дозволені методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації; затверджує порядки застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; затверджує порядки проведення профілактичних щеплень, зокрема обов'язкових [135].

Окремо слід сказати про ліцензійні методи. Стосовно сфери охорони здоров'я під ліцензуванням прийнято вважати отримання дозволу (ліцензії) і засіб здійснення контролю держави за дотриманням суб'єктами підприємницької діяльності вимог законодавства, що висуваються до медичної практики, проведення судово-медичної та судово-психіатричної експертиз [128; 136; 138]. Нагадаємо, що ліцензування в системі охорони здоров'я здійснюється на основі Інструкції «Про порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності спеціальних дозволів (ліцензій) на право здійснення медичної практики, проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертиз, умови і правила здійснення цієї діяльності та контролю за їх дотриманням», що затверджена Міністерством охорони здоров'я, Міністерством економіки і Міністерством юстиції України 1996 р.

Ця Інструкція як підзаконний акт поширюється на всі суб'єкти підприємницької діяльності на ринку медичних послуг незалежно від їх організаційної форми та форми власності. Порядок державної акредитації лікувально-профілактичних закладів незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування регламентований постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. №765 [136]. Згідно з цією постановою акредитація є обов'язковою для всіх лікувально-профілактичних закладів на території України і здійснюється спеціальними акредитаційними комісіями. У результаті діяльності такої акредитаційної комісії видається акредитаційний сертифікат з терміном дії на три роки. До закінчення терміну акредитаційного сертифікату лікувально-профілактичний заклад зобов'язаний пройти процедуру повторної акредитації [102].

Згідно зі ст. 9 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської практики» видами господарської практики, які підлягають ліцензуванню у сфері охорони здоров'я, є такі: виробництво лікарських засобів, оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами (п. 9); проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (п. 25); медична практика (п. 26); перероблення донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів (п. 27) [138; 102].

Отже, метод ліцензування – це спосіб публічної адміністрації здійснювати правовий вплив на господарчих суб'єктів, що стосуються сфери надання медичних послуг, шляхом визнання за ними права займатись конкретним різновидом діяльності.

Також важливе значення має сертифікація, що підтверджує відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9000. Наявність такої системи в галузі охорони здоров'я сприяє забезпеченню чіткості та прозорості її діяльності, істотному підвищенню ефективності лікування хворих, зниженню його вартості й підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням. Наказом МОЗ України від 20.12.2013 р. №1116, який набув чинності 17 січня 2014 року, внесено зміни до процедури акредитації закладів охорони здоров'я, які зокрема передбачають, що для отримання вищої акредитаційної категорії закладу вторинного рівня необхідно пройти перевірку на відповідність вимогам стандартів ISO й отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги» [74].

Таким чином, Міністерство охорони здоров'я, здійснюючи свою адміністративну діяльність, опосередковано долучається безпосередньо до врегулювання суспільних відносин у сфері надання медичних послуг, встановлюючи основні засади реалізації такої діяльності. Досі тримає впровадження нових організаційних засад охорони здоров'я в рамках медичної реформи, але поки не створено Нацслужби здоров'я, розглядати

форми й методи її діяльності можливо тільки з урахуванням її майбутніх повноважень.

Міністерство охорони здоров'я підготувало проект постанови про створення Національної служби здоров'я. Обговорюються питання створення Національної служби здоров'я з іншими центральними органами влади. Але створення такого оператора коштів (Нацслужба здоров'я сплачуватиме лікарям за медичні послуги, надані пацієнтам) передбачено законом [104].

Загалом Нацслужба здоров'я уявляється як новий центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг і лікарських засобів (далі – «єдиний національний замовник»), який відповідальний за реалізацію державної політики у сфері організації фінансування надання медичних послуг і лікарських засобів у рамках державного гарантованого пакету. Єдиний національний замовник безпосередньо виконуватиме функції страховика та замовника медичних послуг і лікарських засобів, забезпечуватиме цільове використання бюджетних коштів і контролюватиме добросовісне виконання постачальниками договорів про медичне обслуговування населення [127].

Утворення єдиного національного замовника є вкрай важливим з огляду на необхідність усунення корупційних ризиків та успішну практику розвинених країн з фінансування охорони здоров'я. При цьому за Міністерством охорони здоров'я України залишаться функції, пов'язані з формуванням політики в сфері охорони здоров'я [127].

Відтак, на нашу думку, формами й методами діяльності майбутнього ключового суб'єкта публічного адміністрування в аналізованій сфері будуть:

1) правотворча (служба готуватиме розпорядчі акти стосовно оперування бюджетними коштами, які пов'язані з медичним обслуговуванням населення);

2) правозастосовна (мають бути реалізовані приписи нормативно-правових актів, які стосуються функціональних повноважень служби на безперервній основі);

3) правозахисна (основним завданням буде реалізація державних фінансових гарантій стосовно медичного обслуговування пацієнтів, тим самим забезпечуючи належність, якість, достатність і допустимість медичних послуг);

4) контрольна (буде слідкувати за дотриманням приписів договору медичного обслуговування між закладом надання медичних послуг і пацієнтом відносно їх якості та обсягу);

5) наглядовий (здійснюватиме нагляд за додержанням установлених приписів шляхом здійснення відповідних перевірок);

6) профілактичний (буде реалізовувати систему заходів з попередження виникнення несприятливих наслідків, які можуть бути зумовлені неякісним чи несумлінним виконанням обов'язків конкретних суб'єктів);

7) переконання і примусу (займатиметься впровадженням у свідомість громадян і суб'єктів надання медичних послуг настанов про міру належної та допустимої поведінки, а в разі відхилення від такої – застосовуватиме заходи притягнення винних до відповідальності).

Окремо слід наголосити про клінічний аудит (внутрішній і зовнішній). Зовнішній аудит здійснюють відповідні національні організації, внутрішній – безпосередньо команда лікарів медичного закладу (самоконтроль), оскільки вони зацікавлені в належній якості медичної допомоги (зокрема фінансово). Наприклад, у Великій Британії участь усіх практикуючих лікарів у клінічному аудиті є обов'язковою. Завдання клінічного аудиту – порівняти наявну клінічну практику з передовою заради вдосконалення медичних послуг. Аудит може включати оцінювання процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таке оцінювання здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці. Реально ж клінічний аудит проводять тільки в окремих закладах охорони здоров'я України – передусім через незнання механізму його проведення, нерозуміння ролі індикаторів у локальних протоколах (нещодавно МОЗ їх узагалі скасував), а

також через відсутність мотивації колективів медичних закладів. Адже рівень якості, зазначений у критеріях та індикаторах надання медичної допомоги, жодним чином не пов'язаний із зарплатою лікарів і фінансуванням медичного закладу [74].

Декілька слів слід додати і про суб'єктів надання медичних послуг. Заклади охорони здоров'я здійснюють видання локальних актів; моніторинг та оцінювання ризиків захворювання на туберкульоз працівників; моніторинг якості медичного обладнання та лікарських засобів, які постачають їм суб'єкти господарювання; здійснюють контроль за дотриманням вимог охорони праці працівниками закладу; постійний контроль за виконанням медичним персоналом вимог наказів; контроль під час проведення пацієнтам медичних маніпуляцій і процедур (дезінфекція, стерилізація, гігієна рук; контроль стану повітря закритих приміщень; контроль обігу медичних виробів і лікарських засобів; контроль якості та відповідності технічним регламентам) [110] тощо.

Отже, суб'єкти публічної адміністрації при створенні умов для надання медичними закладами належних медичних послуг використовують усі класичні методи адміністрування, а саме заохочення, переконання і примусу, контроль-но-наглядові заходи, що органічно поєднані між собою і виконують функцію правового впливу на індивідуальну й колективну правосвідомість і медичну культуру керівників медичних закладів та лікарів для формування правильних настанов у правовій культурі і правосвідомості останніх.

Вищенаведене дає змогу зробити такі висновки про форми й методи адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг:

- 1) уповноважені суб'єкти у сфері надання медичних послуг з метою виконання поставлених завдань здійснюють конкретну адміністративну діяльність, яка характеризується використанням певного інструментарію, різновидом якого є форми і методи;

2) категорії форм і методів публічного адміністрування в аналізованій сфері розглядаються разом, оскільки вони є взаємозалежними та перебувають у нерозривному взаємозв'язку;

3) форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні становлять певну сукупність адміністративного інструментарію, що характеризується сукупністю окремих адміністративних дій; є основним інструментом адміністративної діяльності посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб, наділених адміністративно-управлінськими функціями в цій сфері; застосовуються для належного забезпечення надання медичних послуг; здійснюються виключно в межах конкретних повноважень; передбачають задоволення публічних інтересів у межах сфери їх правового впливу;

4) формами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні визначено такі: видання управлінських актів (нормативних й індивідуальних) – як процес реалізації основних владних повноважень, завдань, функцій та компетенції посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб з метою упорядкування суспільних відносин у цій сфері; укладання адміністративних договорів – як спеціальний захід адміністрування, спрямований на забезпечення публічного інтересу шляхом укладення угоди на надання чи постачання певних послуг, які є обов'язковими до виконання; здійснення реєстраційних та інших юридично значущих дій на підтвердження відповідних фактів; здійснення організаційних дій – як комплекс адміністративних дій, пов'язаних із регулюванням функціонування системи охорони здоров'я, зокрема й надання медичних послуг;

5) форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні тісно пов'язані з методами такої діяльності;

б) ознаками методів адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є: набір адміністративних дій і заходів цілеспрямованого прямого впливу, що застосовуються посадовими особами Міністерства охорони здоров'я України та його структурними підрозділами, а також іншими передбаченими законодавством уповноваженими органами й посадовими особами, наділеними адміністративно-управлінськими функціями у сфері охорони здоров'я, що мають імперативний (наказовий) статус щодо медичних закладів незалежно від форми владності, які надають медичні послуги та захищені від невиконання засобами адміністративного примусу;

7) методами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні є переконання і примус, що органічно поєднані між собою і виконують функцію правового впливу на свідомість підконтрольних суб'єктів (об'єктів) для формування правильних настанов у свідомості останніх; контрольно-наглядові, як засоби адміністративного впливу та забезпечення режиму законності в аналізованій сфері; ревізійні – різновиди контрольного методу, що мають на меті довести чи спростувати достовірність певних задокументованих фактів шляхом проведення перевірок; профілактичні – система заходів з попередження виникнення несприятливих наслідків, які можуть бути зумовлені неякісним чи несумлінним виконанням обов'язків конкретних суб'єктів; ліцензійні – спосіб публічної адміністрації здійснювати правовий вплив на господарчих суб'єктів, що стосується сфери надання медичних послуг, через визнання за ними права займатися конкретним різновидом діяльності;

8) Міністерство охорони здоров'я, здійснюючи свою адміністративну діяльність опосередковано, долучається безпосередньо до врегулювання суспільних відносин у сфері надання медичних послуг, установлюючи основні засади реалізації такої діяльності. Досі триває впровадження нових організаційних засад охорони здоров'я в рамках медичної реформи, однак поки не створено Нацслужби здоров'я, розглядати форми й методи її діяльності можливо тільки з урахуванням її майбутніх повноважень. Відтак, на нашу думку, формами й методами діяльності майбутнього ключового суб'єкта публічного адміністрування в аналізованій сфері будуть правотворчі, правозастосовні, правозахисні, контрольні, наглядові, профілактичні, переконання і примусу.

Отже, форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність адміністративних дій посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб, наділених адміністративно-управлінськими функціями щодо належного забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, які здійснюються в межах їх компетенції та мають на меті задоволення публічних інтересів у межах сфери їх правового впливу. Це видання управлінських актів, укладання адміністративних договорів, здійснення реєстраційних та інших юридично значущих дій, здійснення організаційних дій.

У свою чергу методами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні можна вважати адміністративні засоби цілеспрямованого впливу з боку спеціальних медичних суб'єктів публічного адміністрування на поведінку учасників суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняється, шляхом заохочення, переконання керівників медичних закладів і лікарів, а також застосування щодо них

адміністративного примусу в разі грубого порушення якості надання медичних послуг. Це класичні методи адміністрування, а саме заохочення, переконання і примусу, контрольні-наглядні заходи, що органічно поєднані між собою і виконують функцію правового впливу на індивідуальну й колективну правосвідомість і медичну культуру керівників медичних закладів та лікарів для формування правильних настанов у правовій культурі і правосвідомості останніх.

2.3 Деякі адміністративні процедури та адміністративна відповідальність у сфері надання медичних послуг

Конституція України встановила, що організація й діяльність органів виконавчої влади, основи державної служби визначаються виключно законами України [3; 73]. Усупереч проголошеним гарантіям стосовно утвердження правової держави, зокрема і приписам п. 12 ст. 92 Конституції, й досі домінує думка, що предметом адміністративного права є «регулювання суспільних відносин, що виникають у процесі реалізації виконавчої влади або державного управління». На цьому критерії ґрунтується ідея реформування адміністративного права, в основу якої замість «процедуралізації» діяльності органів виконавчої влади (посадових осіб), тобто замість жорсткої регламентації їх обов'язків та відповідальності за невиконання або неналежне виконання функцій та обов'язків, що могли б забезпечувати виконання обов'язків держави, пропонується введення управлінсько-державних або платних адміністративних послуг [107, с.96; 146]. Однак наразі владні повноваження як органів виконавчої влади, так і виконавчих органів місцевого самоврядування ще мають реалізуватися за допомогою певної процедурної форми [172, с. 139].

Станом на 1 березня 2017 р. більшість процедурних елементів відносин органів влади з громадянами в Україні або не регулюються законодавством

взагалі, або регулюються підзаконними НПА. Винятки становить лише той сегмент цих відносин, що регулюється нині чинними законами «Про звернення громадян» та «Про адміністративні послуги [51].

Необхідність розгляду питань адміністративних процедур і відповідальності у сфері надання медичних послуг зумовлена перш за все причинно-наслідковим зв'язком. За порушення встановленого правила передбачається покарання.

У сучасній правовій науці розуміння поняття «адміністративна процедура» безпосередньо пов'язується з відповідним тлумаченням поняття «адміністративний процес», а отже, аналіз сутності та ознак адміністративної процедури безпосередньо залежить від визначення співвідношення цього поняття з такими суміжними правовими категоріями, як «адміністративний процес» та «адміністративне провадження» [180, с. 139].

Варто зазначити про існування в межах спеціалізованих джерел великої кількості різних дефініцій адміністративної процедури, що зумовлено різноманітністю підходів до сприйняття адміністративного процесу загалом. Виходячи з цього, певна кількість учених убачають у процедурі лише окремий вид усього процесу, інші науковці взагалі ототожнюють такі поняття, як «адміністративна процедура» та «адміністративний процес», не побачивши в цих термінах різниці, решта ж, які зазвичай дотримуються «юрисдикційної» концепції, вкладають у зміст поняття процедури дещо більше, визначаючи її через функціонування органів влади позитивного характеру (а під процесом такі вчені розуміють виключно юрисдикційні провадження), четверта група вчених, які дотримуються управлінського підходу, виділяє декілька видів адміністративно-процесуальної діяльності, зокрема: 1) адміністративно-процедурну; 2) адміністративно-юрисдикційну [32, с. 171; 172, с. 139].

Отже, першочергово слід з'ясувати дефініцію цього явища з метою аналізу конкретних його різновидів у сфері надання медичних послуг.

Г. Філатова визначає адміністративну процедуру як нормативно-правове закріплення (правову модель) певних видів діяльності, що реалізуються в межах адміністративних правовідносин і відбиваються в певній, установленій законом, правовій формі [178, с. 52]. За визначенням В. Галуцька, адміністративні процедури – це встановлений законодавством порядок розгляду і розв'язання органами публічної адміністрації індивідуальних адміністративних справ з метою забезпечення прав, свобод та законних інтересів фізичних і юридичних осіб, нормального функціонування громадянського суспільства та держави [33, с. 92]. Е. Талапіна визначає адміністративну процедуру як нормативно врегульовану послідовно здійснювану діяльність органів виконавчої влади із реалізації прав та обов'язків, що забезпечує порядок прийняття владних управлінських рішень посадовими особами, розгляду й вирішення адміністративних справ [173, с.4]. О. Миколенко пропонує розглядати адміністративну процедуру як урегульовану адміністративно-процедурними нормами послідовність дій суб'єктів нормотворчої та правозастосовної діяльності, структурованих відповідними процедурними відносинами, щодо прийняття нормативно-правових актів управління та вирішення адміністративних справ [97, с.29].

Деякі науковці під адміністративними процедурами розуміють винятково зовнішню правозастосовну діяльність органів державної влади [72, с.25], інші включають у це поняття також і внутрішньоорганізаційні процедури [17, с. 62-63]. Проте в усіх наведених визначеннях адміністративні процедури розглядаються як нормативно встановлений порядок послідовно здійснюваних дій органів виконавчої влади, спрямованих на прийняття владних управлінських рішень і реалізацію повноважень посадових осіб, не пов'язаний із розглядом суперечок або застосуванням заходів примусу [30; 180, с. 695]. С. Овчарук, наголошує, що визначення змісту адміністративних процедур полягає не тільки у визначенні правил виконання посадовими особами завдань держави, але й у визначенні нюансів посади, які зумовлюють відповідні обов'язки, а це у свою чергу свідчить про

неприпустимість посилань на «повноваження», які Законом України «Про державну службу» [132] ототожнюються з обов'язками, що є нічим іншим як нігілізмом [107, с. 105-106].

З думок вищенаведених науковців слідує, що адміністративна процедура – це передусім послідовність здійснення індивідуальних, конкретних управлінських, організаційних і технічних адміністративних дій. Тобто вона тісно пов'язана з формами діяльності публічних органів, установлюючи порядок здійснення останніх.

За нашим баченням, адміністративна процедура у сфері медичних послуг – це послідовність виконання індивідуальних, конкретних адміністративно-сервісних і управлінських, організаційно-правових і технічних адміністративних дій (які об'єднані в етапи й стадії), що здійснюються центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, щодо ліцензування медичних закладів, адміністрації медичних закладів, що виконують організаційно-технологічні медичні процедури (приймання пацієнтів, надання екстреної медичної допомоги, ведення медичної документації) та адміністративні процедури надання лікарями медичних послуг пацієнтам відповідно до медичних стандартів і клінічних протоколів.

Як зазначає З. Кунева, адміністративні процедури можна поділити на будь-яку кількість більш дрібних процедур і елементарних дій, однак усе ж таки центральну позицію посідають саме адміністративні формальності як комплексність фактів, подій і чинників, що є необхідними й достатніми для прийняти рішення в окремій адміністративній справі [80, с. 156; 172, с.140].

Виділимо ознаки процедур надання адміністративних послуг: регламентація нормами адміністративного права; процесуальний характер діяльності уповноважених органів і посадових осіб; ініціативність (надаються за заявою осіб); наявність стадій, які мають часові, змістовні та процедурні особливості; формальне закріплення результатів процедури в письмовій формі у вигляді індивідуального правового акта (дозволу

(ліцензії), посвідчення сертифіката тощо); правозахисна спрямованість [83, с.120]. У свою чергу О. Миколенко додає, що як вид юридичної процедури адміністративна характеризується такими ознаками: а) становить собою послідовність дій, яка регулюється нормами права та структурована відповідними правовідносинами; б) становить собою послідовність дій, що об'єднані спільною метою; в) має ієрархічну структуру; г) завжди перебуває в динаміці; д) має обслуговувальний характер [97; 147].

З цього слідує, що будь-яка адміністративна процедура в аналізованій сфері має відповідати загальним вимогам, що стосуються адміністративних послуг.

Сучасні вітчизняні та зарубіжні дослідники визначають наявність у діяльності публічних органів влади цілої низки адміністративних процедур [91, с.60], зокрема й щодо надання медичних послуг. Тож проаналізуємо деякі з них. При цьому слід пам'ятати, що кожна адміністративна процедура складається, по-перше, з нормативно-правового акта, який безпосередньо встановлює порядок їх здійснення та коло уповноважених суб'єктів із їх компетенцією, по-друге – етапи та процедурні аспекти її реалізації [154, с.119].

Основною адміністративною процедурою, яка прямо впливає на своєчасність і якість надання медичних послуг та є дієвим засобом попередження порушення стандартів їх надання, є ліцензування діяльності з медичної практики, що складається з певних проваджень, стадій, етапів та адміністративних дій, які стосуються зобов'язань як спеціальної медичної адміністрації, так і одержувачів адміністративних послуг, зокрема перша стадія передбачає окремі етапи для одержувача та адміністративного органу, які розділено на чітко прописані адміністративні дії.

Також існують процедури надання медичної допомоги іноземцям; у приймальному відділенні; у поліклініці; у травмпункті; у стаціонарному відділенні; алгоритму ведення медичної карти стаціонарного хворого за формою 003/о (історія хвороби); маршруту медичної документації тощо.

На прикладі локального наказу «Про розроблення нормативних документів з організації лікувально-діагностичного процесу» [113] Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні (далі – ВОДКЛ) наведемо приклади деяких адміністративних процедур надання медичної допомоги. До речі, керівництво лікарні прийняло рішення впровадити в їх роботу низку локальних документів, аналогів яким досі не розроблено навіть на рівні Міністерства охорони здоров'я України.

Процедура надання медичної допомоги на базі ВОДКЛ на догоспітальному етапі передбачає такі етапи:

1) хворий, що вперше звертається за медичною допомогою у ВОДКЛ, згідно зі встановленими вказівниками має звернутися в довідкове бюро (на рецепцію), розташоване на першому поверсі головного корпусу;

2) медичний працівник, який перебуває на рецепції, скеровує відвідувача лікарні: до приймального відділення, розташованого на першому поверсі нового корпусу, для надання невідкладної хірургічної та педіатричної допомоги цілодобово, для отримання консультативної амбулаторної допомоги лікарів-педіатрів і лікарів-хірургів – у позаробочий час, з метою планової госпіталізації після огляду спеціалістами поліклініки – з 08:30 до 16:12 щоденно, крім вихідних і святкових днів; до поліклініки, розміщеної у триповерховій будівлі, для отримання консультативної амбулаторної допомоги, для уточнення діагнозу та з метою огляду перед плановою госпіталізацією; до травм пункту (ліве крило головного корпусу) у разі наявності у хворого травм будь-якого характеру; за потреби проведення лабораторних або інструментальних обстежень – до відповідних відділень, у яких медичну допомогу надають згідно із затвердженими алгоритмами та технічними картами; у разі звернення до адміністрації або інших структурних підрозділів – відповідно туди;

3) при зверненні хворого до приймального відділення медичні працівники діють відповідно до Порядку надання медичної допомоги в приймальному відділенні ВОДКЛ;

4) при зверненні хворого до поліклініки медичні працівники діють відповідно до Порядку надання медичної допомоги в поліклініці ВОДКЛ.

5) при зверненні хворого до травмпункту медичні працівники діють відповідно до Порядку надання медичної допомоги в травмпункті ВОДКЛ.

б) у разі виникнення будь-яких позаштатних ситуацій медичний працівник рецепції має повідомити про це адміністрації закладу [113].

Як бачимо, означена процедура складається з 6 етапів, на кожному з яких діють локальні правила, підтверджені нормативно-правовими актами МОЗ України.

Порядок надання медичної допомоги у приймальному відділенні ВОДКЛ передбачає, що незалежно від показань до госпіталізації лікар приймального відділення має оглянути пацієнта протягом двох годин від моменту звернення. Сама процедура має такий вигляд: 1) пацієнти, направлені у приймальне відділення з поліклініки для планової госпіталізації, звертаються на пост планової госпіталізації; 2) хворих, що звертаються в ургентному порядку (доставлені бригадою швидкої медичної допомоги або ті, що звернулися самостійно), обслуговують на ургентному посту приймального відділення; 3) хворих, які звернулися без направлення, обслуговують на ургентному посту приймального відділення; 4) хворих, які звернулися з крапельними інфекціями, оглядають у боксі крапельних інфекцій; 5) хворих, що надходять у приймальне відділення у край важкому або термінальному стані, будь-хто з працівників приймального відділення з медичною освітою без попереднього узгодження з черговим лікарським персоналом госпіталізує у відділення анестезіології та інтенсивної терапії (новонароджених) [113].

Слід додати, що ця процедура складається з низки інших самостійних процедур, зокрема передбачаються обов'язки й необхідні дії лікарів, медичних сестер і допоміжного персоналу. Зокрема, медична сестра: проводить термометрію та огляд на шкірні висипи; заповнює титульні листки Медичної карти стаціонарного хворого (форма № 003/о); бере мазок на

патогенну кишкову флору з позначкою про виконання на зворотному боці медичної карти стаціонарного хворого; при здійсненні маніпуляцій у приймальному відділенні вказує обсяг медичної допомоги в місцях для особливих позначок медичної карти стаціонарного хворого; реєструє хворого в журналі обліку прийому хворих до стаціонару та відмов у госпіталізації (форма № 001/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110), [126] та ін.

Щодо встановлених адміністративних процедур діяльності лікаря-практика можна виокремити такі етапи: проведення первинного огляду хворого; збір анамнезу захворювання та анамнезу життя, опис плану обстеження та лікування в листку призначень; за потреби надання невідкладної допомоги із залученням до огляду завідувача відділення, здійснення необхідних призначень і викликів лікарів-консультантів за профілем; передання листку призначень для подальшої роботи постовій медичній сестрі (медична сестра робить вибірку з листка призначень та інформує хворого про час та обсяг додаткових обстежень); вивчення історії хвороби згідно з Алгоритмом ведення медичної карти стаціонарного хворого за формою 003/о до моменту виписування хворого зі стаціонару [113].

Кабінет Міністрів України прийняв постанову від 19.03.2014 №121 [129], якою було затверджено Порядок надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України та звернулися із заявою про визнання біженцем або особою, що потребує додаткового захисту, стосовно яких прийнято рішення про оформлення документів для вирішення питання щодо визнання біженцем або особою, що потребує додаткового захисту, та яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту [125].

Адміністративна процедура надання медичної допомоги іноземцям має такий вигляд: іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, постійно проживають на території України або які звернулися із заявою про визнання біженцем, отримують медичну допомогу,

зокрема екстрену, на платній основі, якщо законодавством або міжнародними договорами України не передбачено інше. Якщо така особа застрахована – оплата послуг здійснюється страхувальником на основі розрахунку вартості, що надає заклад охорони здоров'я (у разі необхідності різницю доплачує пацієнт). Іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, іноземцям та особам без громадянства, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, медична допомога надається за рахунок бюджетних коштів, передбачених на цю мету в державному та місцевих бюджетах. Зокрема медичне обстеження є безкоштовним [137]. Тобто, встановлюючи таку процедуру, передбачається, що іноземці отримують такі ж послуги, однак є особливості в їх оплаті.

У зв'язку з проведенням медичної реформи актуальною є процедура переходу від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги. Передбачається, що заклади будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, позбуватися непотрібних процедур, що зрештою вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок та/або кількістю відділень. Підтримка приватного сектору є важливим кроком у розвитку системи оплати та управління галуззю [103].

Таким чином, адміністративні процедури у сфері медичних послуг в умовах сьогодення перебувають на етапі становлення. Відбувається утвердження й оновлення законодавства, медично-правової свідомості лікарів (зокрема тих, які перебувають на адміністративних посадах), що фіксує перехідний етап у цій сфері, коли старі традиції (так, деякі лікарі здійснюють медичні послуги за власним баченням) переплітаються з новими – досконаліми й сучасними, коли надання медичної допомоги здійснюється згідно з медичними стандартами, клінічними протоколами, а заклади охорони здоров'я облаштовані відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

Проведений вище аналіз дає змогу зробити підсумок про те, що адміністрація лікувальних закладів змушена самотійно розробляти і впроваджувати основи надання медичних послуг через пошук орієнтирів в актах законодавства. Сподіваємося, що медична реформа усуне цю проблему шляхом прийняття типових положень щодо здійснення аналізованої діяльності і при цьому максимально захистить споживача.

Наступне питання, на яке потрібно звернути увагу в межах цього підрозділу, – відповідальність у сфері надання медичних послуг.

Питання відповідальності в аналізованій сфері містить дві полярні площини – суспільної відповідальності кожного за стан власного здоров'я, що більшою мірою стосується медичної культури та медичної правосвідомості кожної людини, та індивідуальної й адміністративної відповідальності осіб, винних у порушенні правил надання медичних послуг.

В Основах законодавства в сфері охорони здоров'я [112] встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я є однією з гарантій права особи на охорону здоров'я. Так, особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров'я, зокрема і в сфері надання медичних послуг, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

Однак розуміючи, що порушення встановлених правил надання медичних послуг стосується переважно адміністративної юрисдикції, дослідимо питання адміністративної відповідальності в цій сфері.

Зауважимо, що адміністративна відповідальність – це інститут адміністративного права, норми якого в їх аналізі та праксеологічній площині виконують певну інтегративну гносеологічну функцію. Цей інститут є своєрідним двобічним, спільним соціально-правовим субстратом, який єднає всіх суб'єктів адміністративно-деліктних відносин – правопорушника (має обов'язок понести позбавлення, передбачені статтею Особливої частини КУпАП санкції та пов'язані з цим процесуальні права) і компетентних органів державної влади та їх посадових осіб (мають обов'язок притягнути до

адміністративної відповідальності правопорушника та пов'язані з цим процесуальні права) [14; 38; 62]. За думкою В. Коваленко, відносини відповідальності за порушення встановленого порядку і правил (адміністративно-деліктні відносини) виникають у разі порушення заборон, які встановлені Кодексом України про адміністративні правопорушення та іншими нормативними актами [38; 70].

Таким чином, адміністративну відповідальність у сфері надання медичних послуг можна визначити як обов'язок особи, яка порушила встановлений нормативно-правовими актами порядок надання медичних послуг, понести позбавлення організаційного або/та матеріального характеру, передбачені санкціями норм адміністративного права, з метою відновлення порушеного фізичного і психічного здоров'я особи, яка постраждала в результаті правопорушення, і недопущення здійснення таких дій у подальшому.

Відповідно адміністративна відповідальність у сфері надання медичних послуг виникає на підставі вчинення конкретним суб'єктом делікту, покарання за який передбачено законодавством.

Поняття адміністративного делікту (правопорушення) знайшло своє відбиття у ст. 9 Кодексу України про адміністративні правопорушення, згідно з якою адміністративним правопорушенням (проступком) визначається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи діяльність, яка посягає на державний або громадський порядок, особисту чи громадську власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законодавством передбачено адміністративну відповідальність [62; 121]. У теорії права делікт (правопорушення) за ступенем суспільної небезпеки ділиться на злочини і проступки. Сферами вчинення правопорушень (злочинів і проступків) можуть бути економічні, військові, дорожньо-транспортні, податкові, митні тощо. Але в радянському праві такі «теорії» вважались хибними, адже для спрощення роботи соціалістичним органам усі проступки були названі адміністративними правопорушеннями та розміщені

в одному кодексі – Кодексі України про адміністративні правопорушення [115, с. 757; 121].

Для початку проаналізуємо норми основ законодавства у сфері охорони здоров'я [112] щодо належності в цьому Законі підстав для адміністративної відповідальності. Зокрема це стаття 31 (несвоєчасність проходження працівниками обов'язкових медичних оглядів і шкідливі наслідки для здоров'я населення, спричинені допуском до роботи осіб, які не пройшли обов'язкового медичного огляду); стаття 37 (несвоєчасне і неякісне забезпечення необхідною медичною допомогою, що призвело до тяжких наслідків); стаття 54 (відпуск лікарських засобів та імунобіологічних препаратів, які не дозволені для застосування спеціальним центральним органом виконавчої влади, а також непідтримання обов'язкового асортименту лікарських засобів та імунобіологічних препаратів); стаття 74 (недотримання кваліфікаційних вимог до осіб, які займаються певними видами медичної й фармацевтичної діяльності та народною медициною (цілительством) з порушенням установлених законодавством вимог тягне за собою відповідальність згідно із законом (стаття 46-2 КУпАП); стаття 78¹ (порушення обмежень, установлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності (стаття 44 КУпАП).

Як бачимо, у сфері надання медичних послуг адміністративна відповідальність поки ще в основному Законі прямо не передбачається, а стосується лише окремих аспектів діяльності суб'єктів її надання.

Якщо говорити безпосередньо про КУпАП, то першочергово слід вказати, що адміністративна відповідальність за правопорушення, передбачені в ньому, настає, якщо ці порушення за своїм характером не тягнуть за собою відповідно до закону кримінальної відповідальності [28].

В аналізованій сфері такими порушеннями можна вважати [62]: порушення санітарних норм; випуск на лінію транспортних засобів, технічний стан яких не відповідає встановленим вимогам або без необхідних

документів, передбачених законодавством; продаж лікарських засобів в аптечних закладах без рецепта в заборонених законодавством випадках; порушення правил перевезення пасажирів при наданні послуг з перевезення пасажирів; порушення правил торгівлі і надання послуг працівниками торгівлі, громадського харчування та сфери послуг, громадянами, які займаються підприємницькою діяльністю; порушення встановленого законом порядку проведення розрахунків у сфері торгівлі, громадського харчування та послуг; обмірювання, обважування, обраховування, перевищення встановлених цін і тарифів або інший обман покупця чи замовника працівниками торгівлі, громадського харчування і сфери послуг та громадянами – суб'єктами підприємницької діяльності – під час реалізації товарів, виконання робіт, надання послуг; порушення законодавства про захист прав споживачів; порушення бюджетного законодавства; порушення законодавства про закупівлі; виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил; порушення порядку надання іноземцям та особам без громадянства житла, транспортних засобів і сприяння в наданні інших послуг; перевезення пасажирів чи вантажів водієм, який не пройшов щозмінного передрейсового медичного огляду водіїв транспортних засобів, або перевезення без проведення передрейсового контролю технічного стану транспортних засобів.

Таким чином, адміністративну відповідальність у цій сфері можна класифікувати залежно від суб'єкта делікту на адміністративну відповідальність: 1) адміністрації медичного закладу; 2) працівників закладу охорони здоров'я (лікарів); 3) осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами; 4) пацієнта.

Керівники мають нести адміністративну відповідальність за повсякденне управління закладами, визначати найефективніший спосіб організації надання медичних послуг. Їх фінансування може бути консолідоване на обласному рівні, щоб тільки один щабель влади міг

планувати систему надання послуг і оптимізувати її, поки не будуть прийняті більш конкретні рішення [103].

Стосовно повноважень розглядати справи про адміністративні правопорушення і накладати адміністративні стягнення в аналізованій сфері КУпАП [62] передбачає, що це мають право робити: Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів та його заступники, головні державні інспектори з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві, Севастополі та їх заступники, державні інспектори з контролю якості лікарських засобів. Варто відзначити, що здебільшого це штрафи в розмірі, який визначається від неоподаткованого мінімуму доходів громадян [28].

Слід додати, що на сьогоднішньому етапі розвитку українського суспільства й медико-правової науки на перший план щодо відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення виходить цивільно-правова відповідальність [28]. Однак, на нашу думку, вона має передбачати покарання і за медичні помилки.

Наразі гостро стоїть питання відповідальності медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта). КУпАП не вирішує жодним чином цю проблему, а норми Кримінального кодексу України обмежуються покаранням за розголошення відомостей про захворювання вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою.

Права клієнтів часто порушуються з боку медичного закладу в аспекті розголошення конфіденційної інформації. Зокрема пацієнт при оформленні послуг зі свого боку надає достовірну та контактну інформацію для отримання результатів дослідження, але тих результатів так і не отримує.

Як приклад: за умовами надання оплачених послуг строк виконання замовлення не має перевищувати 3-х днів (за відомостями з офіційного сайту за конкретним дослідженням). Проте, як часто буває, після тих 5 діб результатів так і не було отримано клієнтом (ні смс-оповіщення, ні

текстового повідомлення на e-mail не було відправлено замовнику). Слід зазначити, що результати для особи мають досить велике значення, оскільки, наприклад, за рекомендацією лікаря вони мають терміновий характер, а тому клієнт чекає кожного дня кінцевого терміну їх виконання.

Найчастіше на звернення клієнта відповідають, що замовлення було виконано вчасно, проте в базі введена зовсім інша контактна інформація, і відомості про стан здоров'я були помилково відправлені іншому адресату. При цьому в лабораторній базі чомусь наявна правильна контактна інформація, а в загальній – зовсім інша. Представник кол-центру спочатку намагається довести, що вказані дані правильні, і що на бланку замовлення не друкується контактна інформація замовника, але погоджується, що з вини медичної лабораторії відбулось розголошення конфіденційної інформації.

Законодавство України, а саме Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [112], передбачає, що пацієнт має право на таємницю щодо стану свого здоров'я, факту звернення за медичною допомогою, діагнозу, а також відомостей, одержаних при його медичному обстеженні (стаття 39-1). Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (стаття 40). Особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством (стаття 80 означеного Закону).

Право на таємницю про стан здоров'я належить до абсолютних прав, оскільки цьому праву кореспондує обов'язок всіх інших осіб, яким стало відомо вищезазначену інформацію, утримуватися від її поширення.

А відтак убачається в діях медичної лабораторії, по-перше, порушення умов договору надання послуг (неналежне їх виконання, оскільки результати отримані вчасно не були, а змоги їх отримати через офіційний сайт не було,

оскільки дані клієнта не внесено до загальної бази, і фактично він не є користувачем послуг лабораторії), а по-друге – порушення права на таємницю про стан здоров'я. Оскільки за такі дії настає юридична відповідальність, зокрема цивільно-правова (відшкодування матеріальної за неналежне виконання умов договору та моральної шкоди, завданої неправомірним розголошенням лікарської таємниці), урегулювання цього питання здійснюється на договірній основі.

Здебільшого в пацієнта немає варіантів вирішення цієї проблеми, оскільки медичний заклад застосовує дисциплінарну відповідальність до оператора кол-центру, який нібито не мав права стверджувати, що відбулось розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта, тим самим роблячи вигляд, що питання є вирішеним, а винні підлягли відповідальності. Тобто КУПАП потребує доповнення статтею, яка встановить відповідальність за порушення конфіденційності під час надання медичних послуг.

Вищенаведене дає змогу зробити такі висновки щодо адміністративних процедур і відповідальності у сфері надання медичних послуг:

1) необхідність розгляду питань щодо адміністративних процедур і відповідальності у сфері надання медичних послуг зумовлена передусім причинно-наслідковим зв'язком. За порушення встановленого правила передбачається покарання;

2) адміністративна процедура – це насамперед послідовність здійснення індивідуальних, конкретних управлінських, організаційних і технічних адміністративних дій; вона тісно пов'язана з формами діяльності публічних органів, установлюючи порядок здійснення останніх та в аналізованій сфері має відповідати загальним вимогам, що стосуються надання адміністративних послуг;

3) адміністративні процедури у сфері медичних послуг в умовах сьогодення перебувають на етапі становлення у зв'язку з оновленням законодавства та відсутністю конкретних правил діяльності суб'єктів охорони здоров'я під час надання медичних послуг;

4) основною адміністративною процедурою, яка прямо впливає на своєчасність і якість надання медичних послуг та є дієвим засобом попередження порушення стандартів їх надання, є ліцензування діяльності з медичної практики, що складається з певних проваджень, стадій, етапів та адміністративних дій, які стосуються зобов'язань як спеціальної медичної адміністрації, так і одержувачів адміністративних послуг, зокрема перша стадія передбачає окремі етапи для одержувача та адміністративного органу, які розділено на чітко прописані адміністративні дії;

5) функціональними процедурами є надання медичної допомоги іноземцям; у приймальному відділенні; у поліклініці; у травмпункті; у стаціонарному відділенні; алгоритму ведення медичної карти стаціонарного хворого за формою 003/о (історія хвороби), маршруту медичної документації тощо;

б) питання відповідальності в аналізованій сфері містить дві полярні сфери – суспільної відповідальності кожного за стан власного здоров'я, що більшою мірою стосується медичної культури та медичної правосвідомості кожної людини, та індивідуальної й адміністративної відповідальності осіб, винних у порушенні правил надання медичних послуг;

7) порушення встановлених правил надання медичних послуг стосується більшою мірою адміністративної юрисдикції, відповідно адміністративну відповідальність у сфері надання медичних послуг можна визначити як обов'язок особи, яка порушила встановлений нормативно-правовими актами порядок надання медичних послуг, понести позбавлення організаційного або/та матеріального характеру, передбачені санкціями норм адміністративного права, з метою відновлення порушеного фізичного і психічного здоров'я особи, яка постраждала в результаті правопорушення, і недопущення здійснення таких дій у подальшому;

8) адміністративну відповідальність у сфері надання медичних послуг можна класифікувати залежно від суб'єкта делікту на адміністративну відповідальність: 1) адміністрації медичного закладу; 2) працівників закладу

охорони здоров'я (лікарів); 3) осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами; 4) пацієнта;

9) наразі гостро стоїть питання відповідальності медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта), оскільки право на таємницю про стан здоров'я належить до абсолютних прав, адже цьому праву кореспондує обов'язок всіх інших осіб, яким стало відомо вищезазначену інформацію, утримуватися від її поширення. КУпАП не вирішує жодним чином цю проблему, а тому потребує доповнення статтею, яка встановить відповідальність за порушення конфіденційності під час надання медичних послуг, а також покарання за медичні помилки.

Отже, адміністративні процедури у сфері медичних послуг – це послідовність здійснення індивідуальних, конкретних адміністративно-сервісних і управлінських, організаційно-правових і технічних адміністративних дій (які об'єднані в етапи й стадії), що виконуються центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я щодо ліцензування медичних закладів, адміністрації медичних закладів, які виконують організаційно-технологічні медичні процедури (приймання пацієнтів, надання екстреної медичної допомоги, ведення медичної документації) та адміністративні процедури надання лікарями медичних послуг пацієнтам відповідно до медичних стандартів і клінічних протоколів.

У разі порушення правил, установлених конкретною процедурою надання медичних послуг, передбачається покарання у вигляді притягнення до адміністративної відповідальності, що виникає на підставі вчинення конкретним суб'єктом делікту у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), за яке передбачено законодавством покарання. Її сутність полягає в обов'язку особи понести певне позбавлення. КУпАП має бути доповнено статтею, яка

встановить відповідальність за порушення конфіденційності під час надання медичних послуг; відповідальність суб'єктів за медичні помилки; відповідальність пацієнта в разі грубого порушення своїх зобов'язань під час надання йому медичних послуг.

Висновки до розділу 2

1. Державне регулювання можна визначити як систему управлінських методів щодо врегулювання певного кола державно-владних зв'язків у певній сфері. Поняття правового регулювання й державного регулювання певною мірою є суміжними, однак не тотожними, оскільки перше є більш загальним та включає в себе ширший обсяг різноманітних форм і засобів юридичного впливу. У свою чергу адміністративно-правове регулювання базується на адміністративній нормі, яка має на меті забезпечити права осіб, побудувати нормальне громадянське суспільство та державу.

2. Зазначено, що регулювальний вплив на будь-які суспільні відносини, зокрема і в сфері надання медичних послуг в Україні здійснює публічна адміністрація (державні органи). Спочатку «публічне адміністрування» позначало головні напрямки ефективної та з найменшими фінансовими й енергетичними витратами діяльності уряду. Сучасне розуміння трактування цього терміна зводиться до сукупності публічних органів (державних і недержавних), які діють з метою забезпечення як інтересів держави, так і інтересів суспільства в цілому.

3. Визначено, що публічну адміністрацію у сфері регулювання надання медичних послуг складають такі суб'єкти:

1) загальноповноважні: Президент України, Верховна Рада України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим та її органи місцевого самоврядування, Кабінет Міністрів України, Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації на цій території,

Міністерство оборони України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство транспорту, Міністерство інформаційної політики України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Міністерство регіонального розвитку та будівництва України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування;

2) спеціальноповноважні: Міністерство охорони здоров'я України та його управління, відділи та сектори, Національна служба здоров'я (триває процес її створення як незалежного замовника послуг, який відповідальний за фінансування системи охорони здоров'я), Державний Експертний Центр МОЗ України, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, центри 112, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Академія медичних наук, дослідницькі інститути, навчальні заклади.

4. Сформовано поняття механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні, під яким розуміється сукупність засад та адміністративного інструментарію, яким користується публічна адміністрація під час упровадження процесу впорядкування суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняються у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення в кінцевому рахунку корисного лікувального ефекту. Аналізований механізм включає в себе як загальні ознаки, притаманні механізму правового й адміністративно-правового регулювання будь-якої сфери суспільного життя держави, так і спеціальні.

5. Доведено, що елементами механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні є компоненти єдиного специфічного комплексного утворення, які в сукупності або окремо один від

одного (як самостійні об'єкти) доводять процес публічного управління та надання адміністративних послуг у сфері будь-яких дій, пов'язаних із наданням матеріальних чи нематеріальних благ для покращення фізичного і психічного здоров'я населення, до логічного результату, виконуючи своє правове завдання. Він складається з норм і принципів адміністративного права, застосування, реалізації та тлумачення нормативних актів, юридичної відповідальності, форм, методів і процедур адміністративної діяльності публічної адміністрації в цій сфері.

6. Стверджується, що уповноважені суб'єкти у сфері надання медичних послуг з метою виконання поставлених завдань здійснюють конкретну адміністративну діяльність, яка характеризується використанням певного інструментарію, різновидом якого є форми і методи, які в аналізованій сфері розглядаються разом, оскільки є взаємозалежними та перебувають у нерозривному взаємозв'язку.

7. Визначено, форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність адміністративних дій посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб, наділених адміністративно-управлінськими функціями щодо належного забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, що здійснюються в межах їх компетенції та мають на меті задоволення публічних інтересів у межах сфери їх правового впливу.

8. Формами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні визначено такі: видання управлінських актів (нормативних й індивідуальних); укладання адміністративних договорів; здійснення реєстраційних та інших юридично значущих дій; здійснення організаційних дій.

9. Наголошено, що форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні тісно пов'язані з методами такої діяльності – засобами цілеспрямованого впливу з боку спеціальних медичних суб'єктів публічного адміністрування на поведінку учасників суспільних відносин, що виникають, змінюються чи припиняється, шляхом заохочення, переконання керівників медичних закладів і лікарів, а також застосування щодо них адміністративного примусу в разі грубого порушення якості надання медичних послуг.

10. Визначено, що методами адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні є такі: переконання і примусу, що органічно поєднані між собою і виконують функцію правового впливу на свідомість підконтрольних суб'єктів (об'єктів) для формування правильних настанов у свідомості останніх; контрольно-наглядові – як засоби адміністративного впливу та забезпечення режиму законності в аналізованій сфері; ревізійні – як різновид контрольного методу, який має на меті довести чи спростувати достовірність певних задокументованих фактів шляхом проведення перевірок; профілактичні – як система заходів з попередження виникнення несприятливих наслідків, які можуть бути зумовлені неякісним чи несумлінним виконанням обов'язків конкретних суб'єктів; ліцензійні – як спосіб публічної адміністрації здійснювати правовий вплив на господарчих суб'єктів, що працюють у сфері надання медичних послуг, шляхом визнання за ними права займатись конкретним різновидом діяльності.

11. З'ясовано, що Міністерство охорони здоров'я, здійснюючи свою адміністративну діяльність опосередковано, долучається безпосередньо до врегулювання суспільних відносин у сфері надання медичних послуг, установлюючи основні засади реалізації такої діяльності. Досі триває впровадження нових організаційних засад охорони здоров'я в рамках медичної реформи, а тому поки не створено Нацслужби здоров'я, розглядати

форми і методи її діяльності можливо тільки з урахуванням її майбутніх повноважень. Відтак, на нашу думку, формами й методами діяльності майбутнього ключового суб'єкта публічного адміністрування в аналізованій сфері будуть:

- правотворчі (служба готуватиме розпорядчі акти стосовно оперування бюджетними коштами, які пов'язані з медичним обслуговуванням населення);

- правозастосовні (мають бути реалізовані приписи нормативно-правових актів, які стосуються функціональних повноважень служби на безперервній основі);

- правозахисні (буде реалізувати державну політику у сфері державних фінансових гарантії медичного обслуговування населення, тим самим забезпечуючи належність, якість, достатність і допустимість медичних послуг);

- контрольні (буде контролювати якість послуг, наданих пацієнту у медичному закладі відповідно до укладеної угоди).

- наглядові (здійснюватиме нагляд за додержанням установлених приписів через здійснення відповідних перевірок);

- профілактичні (буде реалізовувати систему заходів з попередження виникнення несприятливих наслідків, які можуть бути зумовлені неякісним чи несумлінним виконанням обов'язків конкретних суб'єктів);

- переконання і примусу (займатиметься впровадженням у свідомість громадян і суб'єктів надання медичних послуг настанов про міру належної та допустимої поведінки, а в разі відхилення від такої – застосовуватиме заходи притягнення винних до відповідальності).

12. Передбачено, що необхідність розгляду питань щодо адміністративних процедур і відповідальності в сфері надання медичних послуг зумовлена передусім причинно-наслідковим зв'язком. За порушення встановленого правила передбачається покарання.

13. Адміністративні процедури у сфері медичних послуг можна визначити як послідовність здійснення індивідуальних, конкретних адміністративно-сервісних і управлінських, організаційно-правових і технічних адміністративних дій (які об'єднані в етапи й стадії), що здійснюються центральним органом виконавчої влади, який здійснює державну політику у сфері охорони здоров'я, щодо ліцензування медичних закладів, адміністрації медичних закладів, що виконують організаційно-технологічні медичні процедури (приймання пацієнтів, надання екстреної медичної допомоги, ведення медичної документації) та адміністративні процедури надання лікарями медичних послуг пацієнтам відповідно до медичних стандартів і клінічних протоколів.

14. Визначено, що основною адміністративною процедурою, яка прямо впливає на своєчасність і якість надання медичних послуг та є дієвим засобом попередження порушення стандартів їх надання, є ліцензування діяльності з медичної практики, що складається з певних проваджень, стадій, етапів та адміністративних дій, які стосуються зобов'язань як спеціальної медичної адміністрації, так і одержувачів адміністративних послуг, зокрема перша стадія передбачає окремі етапи для одержувача та адміністративного органу, які розділено на чітко прописані адміністративні дії. Окрім того в аналізованій сфері застосовуються процедури надання медичної допомоги іноземцям; у приймальньому відділенні; у поліклініці; у травмпункті; у стаціонарному відділенні; алгоритму ведення медичної карти стаціонарного хворого за формою 003/о (історія хвороби); маршруту медичної документації тощо.

15. З'ясовано, що адміністративні процедури у сфері медичних послуг в умовах сьогодення перебувають на етапі становлення. Відбувається утвердження й оновлення законодавства, медично-правової свідомості лікарів (зокрема тих, які перебувають на адміністративних посадах), що фіксує перехідний етап у цій сфері, коли старі традиції (так, деякі лікарі здійснюють медичні послуги за власним баченням) переплітаються з новими

– досконалими й сучасними, коли надання медичної допомоги здійснюється згідно з медичними стандартами, клінічними протоколами, а заклади охорони здоров'я облаштовані відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

16. Зазначено, що в разі порушення правил, установлених конкретною процедурою надання медичних послуг, передбачається покарання у вигляді притягнення до адміністративної відповідальності, яка виникає на підставі вчинення конкретним суб'єктом делікту в сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), і за який законодавством передбачено покарання. Сутність такої відповідальності полягає в обов'язку особи понести певне позбавлення.

17. Наголошено, що питання відповідальності в аналізованій сфері містить дві полярні сфери – суспільної відповідальності кожного за стан власного здоров'я, що більшою мірою стосується медичної культури та медичної правосвідомості кожної людини, та індивідуальної й адміністративної відповідальності осіб, винних у порушенні правил надання медичних послуг.

18. З'ясовано, що порушення встановлених правил надання медичних послуг стосується переважно адміністративної юрисдикції, відповідно адміністративну відповідальність у сфері надання медичних послуг можна визначити як обов'язок особи, яка порушила встановлений нормативно-правовими актами порядок надання медичних послуг, понести позбавлення організаційного або/та матеріального характеру, передбачені санкціями норм адміністративного права, з метою відновлення порушеного фізичного і психічного здоров'я особи, яка постраждала в результаті правопорушення, і недопущення здійснення таких дій у подальшому.

19. У сфері надання медичних послуг адміністративна відповідальність поки ще в законі прямо не передбачається, а стосується лише окремих аспектів діяльності суб'єктів її надання. Залежно від суб'єкта делікту її

можна класифікувати на адміністративну відповідальність: 1) адміністрації медичного закладу; 2) працівників закладу охорони здоров'я (лікарів); 3) осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами; 4) пацієнта.

20. Наразі гостро стоїть питання відповідальності медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта), оскільки право на таємницю про стан здоров'я належить до абсолютних прав, адже цьому праву кореспондує обов'язок усіх інших осіб, яким стало відомо вищезазначену інформацію, утримуватися від її поширення. КУпАП не вирішує жодним чином цієї проблеми, а тому потребує доповнення статтею, яка встановить відповідальність за порушення конфіденційності під час надання медичних послуг, а також покарання за медичні помилки.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1 Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я

Загалом, за прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2022 року туризм і охорона здоров'я спільно стануть однією з визначальних світових галузей. Світова індустрія медичного туризму 2012 року акумулювала близько \$ 400 млрд., і передбачається, що до кінця 2015 року обсяг цього ринку зросте до \$ 500 млрд. Головними напрямками розвитку медичного туризму в світі є США, Німеччина, Туреччина, Індія, Таїланд, а також Канада, Мексика, Коста-Ріка, Велика Британія, Франція, Іспанія, Йорданія, Дубаї, Малайзія, Сінгапур, Японія, Корея, Філіппіни, ПАР.

Лише з США 2012 року з метою отримання медичної допомоги виїхали за кордон понад 2,7 млн. громадян. Головні прибутки від медичного туризму сьогодні отримують США, Німеччина, Туреччина, Індія й Таїланд. Так, Туреччина – один із найуспішніших гравців світового ринку медичного туризму – 2012 року прийняла 617 тис. медичних туристів, заробивши на них \$ 4,2 млрд. [31]. Прикро, але наші громадяни вимушені користуватись послугами медичного туризму саме через недосконалість інституційних положень вітчизняної охорони здоров'я. Проте сподіваємось, що з впровадженням нової медичної реформи Україна також посяде відповідне місце в списку країн-лідерів медичного туризму.

Саме впровадження передового досвіду в управлінський процес сфери охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей щодо побудови якісної системи надання медичних послуг. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне

обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або невжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення з розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян [103, с.16].

Тобто питання методів фінансування медичного обслуговування є ключовим під час оптимізації системи охорони здоров'я населення.

Відповідно до домінантного методу фінансування систем охорони здоров'я виділяють: 1) системи охорони здоров'я, фінансування яких засноване головним чином на загальному оподаткуванні. Використовуються у скандинавських країнах, Ірландії, Великій Британії та країнах Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У цих країнах у цілому визнається роль державного сектору як основного джерела фінансування, що дає змогу забезпечувати загальний доступ населення до служб охорони здоров'я і справедливе географічне розподілення ресурсів. Сторону покупців представляють органи охорони громадського здоров'я; 2) системи охорони здоров'я, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування. У цих системах (наприклад, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембургу, Франції, Швейцарії) держава здійснює регулювання і суворий контроль за системами охорони здоров'я для заборони витрат (наприклад, через установлення максимальних рівнів страхових внесків) і забезпечення більшого ступеня рівності й солідарності. Роль покупця медичних послуг виконують страхові компанії; 3) системи охорони здоров'я, засновані на соціальному страхуванні, основним джерелом фінансування яких є податок, що стягується із заробітної плати (більшість країн Центральної та Східної Європи) [187].

На практиці у всіх описаних вище країнах поєднуються всі означені елементи: у кожній країні базові програми в кожній категорії доповнюються програмами з інших категорій [43].

Отже, залежно від моделі фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність. Виокремити єдину найпрогресивнішу з вищенаведених не доцільно, оскільки в більшості випадків країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з наявних моделей, щоб на практиці досягти максимального результату.

У країнах-членах ЄС існує широкий спектр офіційних інституцій (організацій, правових і регуляторних норм) і неформальних механізмів, якими користуються органи влади з метою забезпечення консультацій та участі громадськості й їх громадських об'єднань у розробленні та реалізації державної політики. Найбільш важливими інституційними механізмами, що забезпечують відкритість і демократичність державного управління в ЄС, постають: переконання, що демократичні місцеві й регіональні органи самоврядування фактично є більш широким варіантом організацій громадянського суспільства; на принципах децентралізації влади, субсидіарності та наближення процесів прийняття рішень до широкої громадськості [39; 61].

Таким чином, участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг є найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я в ЄС. За допомогою різноманітних інституцій держави визначають основні потреби громадян в аналізованій сфері через упровадження різноманітних механізмів залучення окремих верств населення до прийняття основних рішень, проводячи різноманітні консультативні, дорадчі та превентивні заходи.

Слід додати, що інститути, які входять до інфраструктури підтримки державної політики, безпосередньо фінансуються за рахунок державних коштів, мають постійну структуру й штат і виконують низку важливих комунікативних і консультативних функцій, не обмежуються лише обговоренням пропозицій і публікацією проектів рішень, розроблених державними органами, але й здійснюють аналітичні процедури, проводять

тематичні дослідження, збирають і узагальнюють пропозиції й громадські ініціативи щодо розроблення, запровадження й реалізації політики, які після цього подаються до уряду або парламенту [61].

Доцільність створення в Україні окремого державного органу, що опікуватиметься низкою комунікативних і консультативних функцій з громадськістю в усіх сферах державного управління, назріла вже досить давно. Наразі в кожному центральному органі виконавчої влади, що формує та реалізовує політику в певній сфері, існує структурний підрозділ, відповідальний за взаємодію зі ЗМІ та зв'язки з громадськістю. Слід зазначити, що в органах законодавчої та судової влади України немає підрозділів зі зв'язків з громадськістю [42], а комунікативне забезпечення обмежується функціонуванням прес-служб. Саме тому Постановою Кабінету Міністрів України доцільно затвердити рекомендаційний перелік управлінь, відділів та інших підрозділів ЦОВВ, з-поміж яких виокремити структурну одиницю, відповідальну за зв'язки з громадськістю, а також прийняти відповідне типове положення. При цьому варто узгодити підходи до структури центральних і місцевих органів виконавчої влади в цілому та їх апаратів зокрема [16].

Проаналізуємо більш детально основні моделі фінансування охорони здоров'я на прикладі досвіду конкретних країн.

Для початку проаналізуємо Вірменію, яка відразу після здобуття незалежності зіткнулася з руйнівними економічними і соціально-політичними проблемами, що призвело до зниження статусу здоров'я й перевантаженості системи охорони здоров'я. Проте найневідкладнішим тиском на реформу сектору охорони здоров'я була неможливість підтримки наявних медичних послуг у новому економічному кліматі. Вірменія просто не могла продовжувати фінансувати громіздку, дорогу й недостатню систему і була змушена розробити широку програму реформ [197].

Однією з найбільш актуальних проблем була вартість лікування і медицини для працівників, які не користуються мінімальними соціальними

програмами. Для вирішення цієї проблеми Міністерство охорони здоров'я здійснило кілька програм, включаючи пакет базових посібників (ПБП), створений 1999 року. У пакеті надаються конкретні медико-санітарні послуги, включаючи ліки, безкоштовно для вразливих верств населення, зокрема дітей, людей похилого віку та інвалідів, знедолених людей і поранених військовослужбовців. З 2006 року послуги первинної медико-санітарної допомоги були безкоштовними в рамках ПБП [192].

Наразі обов'язкового медичного страхування не запроваджено, однак країна зберегла стабільну соціальну спрямованість фінансування системи охорони здоров'я за рахунок державного бюджету. Постановою уряду підтверджено «Концепцію приватизації медичних установ», відповідно до якої для виконання держзамовлення статус і форма власності закладів охорони здоров'я не мають значення. Також прийнято закони «Про психіатричну допомогу», «Концепція покращання контролю та якості медичної допомоги», «Стратегія покращення здоров'я материнства та дитинства на 2004-2015 роки» [200; 201]. Суттєвими проблемами системи охорони здоров'я Вірменії є низький рівень державного фінансування, значний відсоток співдоплат громадянами медичної допомоги, низьке забезпечення медичною допомогою сільських районів при значному зростанні кількості медичних закладів і лікарів. До перспективних напрямків розвитку системи охорони здоров'я Вірменії відносять: стратегію розвитку первинної медичної допомоги, запровадження співдоплати в стаціонарній медичній допомозі та оптимізацію державних гарантій надання медичної допомоги [27; 90].

Таким чином, Вірменія – це країна, де надання медичних послуг здійснюється на дуалістичній основі: 1) за рахунок державних коштів, що акумулюються до закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності на основі законодавчих актів, які передбачають низку гарантій для певного коло осіб (пенсіонери, військовослужбовці) та для надання первинної медико-санітарної допомоги; 2) за рахунок приватних коштів пацієнтів у вигляді

співдоплат у стаціонарній медичній допомозі. Досвід країни переконливо свідчить про можливість поєднання різних механізмів фінансування медичного обслуговування, однак у той же час показує, що співдоплати є високовартісними, а рівень державного фінансування – низьким. Відтак при орієнтуванні на досвід цієї країни під час реформування системи охорони здоров'я України слід урахувати рівень наповнення бюджету і спроможності виділення з нього значного обсягу фінансових ресурсів.

У Литві від відновлення незалежності (1990 рік) у розвитку національної системи охорони здоров'я було кілька етапів. Перший етап (1990-1992 роки) був перехідним, оскільки роль муніципалітетів в управлінні амбулаторною допомогою й управлінні лікарнями малого і середнього розміру була збільшена. Наступний етап (1993-1994 роки) характеризувався дебатами у приватному й державному управлінні щодо закладів охорони здоров'я та безкоштовного вибору лікаря для пацієнта і ролі лікарських бригад. Результатом цього є підтримка системи громадської охорони здоров'я і впровадження сімейної медицини. У 1994-1995 роках було прийнято низку політичних рішень, зокрема щодо впровадження нормативної схеми медичного страхування й децентралізації адміністрації медичних установ від Міністерства охорони здоров'я до 10 округів [204].

Було прийнято багато стратегічних документи з питань політики та нових ключових законів. Зокрема, Національна концепція охорони здоров'я (прийнята 1991 року Верховною Радою Литовської Республіки) виклала нові підходи до охорони здоров'я, включаючи введення концепції медичного страхування, установлення пріоритетів профілактики захворювань і розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Іншим основним документом, який забезпечив безперервність реформи системи охорони здоров'я, була Програма здоров'я Литви, прийнята Парламентом Литовської Республіки 1998 року. Вона передбачила три основні цілі для здоров'я населення – скоротити смертність і збільшити середню тривалість життя, поліпшити якість життя і підвищити справедливість у сфері здоров'я. Ця Програма була

схожа на певну гарантію безперервності принципів політики охорони здоров'я, незважаючи на досить часту зміну уряду протягом останніх десятиліть [204].

Наразі у країні існує відмінна сучасна державна система охорони здоров'я, що фінансується урядом через національну систему медичного страхування. Усі роботодавці мають реєструвати працівників, і їх члени сім'ї автоматично покриваються страхуванням. Знедолені групи – літні і хворі особи – також охоплені цією схемою [203]. Система охорони здоров'я складається з керівних установ (уряд, міністерства та муніципалітети, а також інші спеціалізовані керівні та контрольні органи), надавачів медичної допомоги, а також ресурсів і послуг системи охорони здоров'я.

Наприкінці 90-х років Литва відійшла від фінансування системи переважно за рахунок місцевих та державного бюджетів і розбудувала систему, яку фінансує автономний Національний фонд медичного страхування (НФМС). Регіональні відділення НФМС відповідають за залучення за контрактом та оплату послуг надавачів медичного обслуговування й аптек. Вони щороку планують надання послуг, ураховуючи їх фактичне використання та розбіжності між муніципалітетами, пріоритети НФМС у реімбурсації, вартість послуг, а також прогнозоване розподілення на користь регіональних бюджетів. Контракти з надавачами послуг первинно передбачалися як інструмент регулювання обсягів надаваних послуг. Наприкінці 2009 року Міністерство охорони здоров'я випустило нові нормативи з метою додаткового регулювання річних обсягів допомоги, що залучаються за контрактами, відповідно до пріоритетів системи охорони здоров'я та для обмеження стаціонарних і дорогих процедур [170].

Для литовців і людей Європейського Союзу більшість медичних послуг безкоштовні. Європейські громадяни, які мають карту ЄНІС, можуть отримати безкоштовний доступ до медичного обслуговування в Литві при пред'явленні своєї карти і паспорта [203]. Проте корупція ще існує, а тому людина через особисті стосунки з лікарем (або хабар) може отримати

пільгове лікування в обхід черги (що може затягнутися залежно від місця і процедури). Це було нормою в Радянському Союзі, коли права на товари і послуги теоретично були рівні, але насправді залежали від хабарів і особистих стосунків; сьогодні ж така практика поступово викорінюється [196]. На сьогодні розробляється нова програма охорони здоров'я Литви 2020. Програма спрямована на поліпшення здоров'я населення за допомогою більш безпечного соціального середовища, здорового способу життя та ефективного медичного обслуговування. Вона розробляється з використанням підходу «здоров'я у всіх стратегіях» через створення і зміцнення партнерських відносин з іншими суміжними секторами, які передають і покладають більше відповідальності за здоров'я населення [204].

Таким чином, Україна відстає в розвитку охорони здоров'я від Литви щонайменше на декілька десятків років. Це країна, де медичне страхування є дієвим механізмом забезпечення права громадян на доступ до якісної та належної медичної допомоги, яка здійснюється в рамках надання конкретних послуг. Схема страхування є досить фінансово затратною, однак має позитивні показники дієвості, що підтверджується низьким рівнем смертності в країні.

Австралійська система охорони здоров'я забезпечує універсальний доступ до широкого спектру послуг і має назву Medicare [194]. Наразі три рівня уряду несуть колективну відповідальність за забезпечення загального медичного обслуговування – федеральний, державний і місцевий [199].

2010 року в Австралії було засновано Структурний фонд медичних страхових компаній, який отримав 100 мільйонів євро із загальних податкових надходжень. Мета цього фонду полягає в підтримці регіональних фондів медичного страхування під час реструктуризації надання послуг та у скороченні їхнього структурного дефіциту. Кошти спрямовуються до Федерації організацій соціального забезпечення Австрії, які відповідають за їх подальше розподілення між регіональними фондами медичного страхування через свою мережу фінансування. Фактично функції збирання

внесків, об'єднання коштів і сплати надавачам послуг інтегровані на рівні фондів медичного страхування для більшості сфер допомоги, окрім лікарняної. Щоб вирівняти доступність фінансових ресурсів для регіональних фондів медичного страхування, під контролем Федерації організацій соціального забезпечення Австрії функціонують кілька додаткових фондів. До них належать Міжрегіональний фонд вирівнювання та Фонд вирівнювання фінансування лікарень. Окрім цих фондів вирівнювання існує ще фонд PRIKRAF, який відповідає за відшкодування послуг, наданих приватними лікарнями [170].

Три основних компоненти Medicare охоплюють державні лікарні, медичні служби та фармацевтичні препарати. Існує державна підтримка (субсидії) для приватного медичного страхування, яка охоплює як стаціонарне лікування, так і позалікарняні послуги, не охоплені Medicare [194]. Відповідальність за якість і безпеку медичної допомоги несе кілька національних установ і уряд. Австралійський інститут охорони здоров'я та соціального забезпечення і Австралійське бюро статистики (АБС) є основними постачальниками медичних даних [199].

Більшість страхових компаній сплачують за послуги, надані амбулаторіями, у рамках змішаної системи, яка передбачає платежі за фіксованою ставкою на пацієнта (оплата за базове обслуговування) разом зі сплатою за конкретні послуги. Рахунки, які виставляють лікарі, залучені за контрактом, сплачуються раз на квартал дев'ятьма регіональними страховими компаніями, що забезпечують медичне страхування, та Організацією соціального страхування фермерів, а також Організацією страхування для самозайнятих осіб, і раз на місяць – усіма іншими страховими компаніями. Водночас кожен лікар може надавати послуги лише в межах бюджету, який відрізняється залежно від федеральної землі [170]. Первісна страхова мережа Medicare покриває витрати на всі послуги Medicare з лікарні вище річного порогу в розмірі 447 австралійських доларів (USD290). Розширена страхова мережа Medicare покриває 80 відсотків

особистих витрат за річний поріг AUD648 (USD420) для тих, у кого є випущені державні концесійні карти (наприклад, люди з низьким доходом, літні, особи, які здійснюють догляд) і 2 030 австралійських доларів (1 долар США) для інших [199].

Таким чином, в Австралії надання медичних послуг базується на страховій системі «Medicare», яка передбачає широкий сектор медичних послуг у рамках фіксованого обсягу фінансового забезпечення кожного громадянина. Належність, якість і доступність послуг контролюється низкою державних органів, які мають свої функції в цій сфері, що свідчить про високий рівень піклування держави про стан здоров'я свого населення.

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються головним чином за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки) [43]. Громадська охорона здоров'я існує для всіх постійних жителів Фінляндії незалежно від їх фінансового положення. Послуги первинної медико-санітарної допомоги надаються муніципальними медичними центрами, а спеціалізована медична допомога надається районними лікарнями. Громадяни ЄС, які тимчасово перебувають у Фінляндії, мають право на державне медичне обслуговування в разі надання європейської картки медичного страхування [202].

Наприклад, послуги первинної медичної допомоги включають: консультації з лікарем для людей, які захворіли, і щодо лікування хронічних захворювань; консультації з питань здоров'я, включаючи санітарну освіту, консультації з питань контрацепції, материнства і благополуччя дітей, медичні огляди; скринінг і щеплення, послуги стоматологічної охорони здоров'я, шкільну і студентську охорону здоров'я, послуги з охорони психічного здоров'я, першу допомогу [202].

Близько половини роботодавців добровільно організовують надання додаткових медичних послуг для своїх працівників. Згідно із Законом про

національну систему охорони здоров'я, який було прийнято 1972 р., усі особи, що проживають у Фінляндії, мають право на отримання медичної допомоги в рамках цієї системи. Планування національної системи і загальне керівництво нею здійснюється Міністерством соціальної допомоги та охорони здоров'я. Уряди провінцій контролюють заклади охорони здоров'я на місцевому рівні. Безпосереднє керівництво службами охорони здоров'я, планування і надання послуг провадиться 455 міськими і сільськими муніципалітетами. Планування медичних послуг є спільним обов'язком рад з питань охорони здоров'я, муніципальних рад та муніципального уряду. У всіх муніципалітетах старший персонал центрів охорони здоров'я також бере активну участь у плануванні послуг. Більш як у 25% муніципалітетів ради з соціальних і медичних питань були об'єднані, і управління ними ведеться сумісно [43].

Тобто податкові надходження є основним джерелом фінансування дволанкової системи охорони здоров'я в Фінляндії, де медичні послуги різних рівнів поділено за принципом децентралізації між місцевими й районними закладами охорони здоров'я. Планування обсягу та порядку надання медичних послуг є пріоритетним завданням муніципальних рад і муніципального уряду з питань охорони здоров'я. Добровільне надання додаткових медичних послуг для працівників роботодавцем є додатковим елементом загальної системи забезпечення здоров'я населення на високому рівні.

У Білорусі наявний низький рівень медичної допомоги, який не відповідає потребам її населення. Під час комуністичного правління охорона здоров'я ігнорувалося, й отже, персонал недостатньо навчений, технології застаріли, а приміщення з охорони здоров'я не гігієнічні. Крім того Білорусі довелося впоратися з додатковим тиском аварії на Чорнобильській АЕС, яка призвела не тільки до численних жертв 1986 року, але й до більш широких медичних наслідків через роки. Міністерство охорони здоров'я відповідає за управління сектором охорони здоров'я через департаменти охорони здоров'я,

що входять до Регіонального і Мінського муніципальних виконавчих комітетів. Закон 1993 року про охорону здоров'я стверджує, що державні витрати на охорону здоров'я мають становити не менше 10 відсотків національного доходу. Усі громадяни Білорусі мають право на безкоштовне медичне обслуговування в державних установах [195]. Не запроваджено обов'язкового медичного страхування.

У країні діє система державного фінансування за методом «глобального бюджету», досить активно розвивається приватна медицина, сучасна медична промисловість і виробництво лікарських засобів. Такий розвиток відбувається за рахунок стриманої зовнішньоекономічної політики, спрямованої на обмеження експортних операцій та розвиток власного виробництва. У країні постійно збільшуються державні асигнування на охорону здоров'я. Існують механізми індивідуалізації оплати праці медичних працівників. При тому оплата праці медичних працівників у Білорусі майже вдвічі вища, ніж в Україні. Серед перспективних напрямків розвитку системи охорони здоров'я можна виділити запровадження комплексу заходів щодо зміцнення державних гарантій та збільшення ефективності використання ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я [27; 90].

Таким чином, Україна за рівнем розвитку охорони здоров'я перебуває десь на рівні з Білоруссю, однак, враховуючи відсотковий об'єм насичення аналізованої галузі, усе ж заробітна плата у медичних працівників у Білорусі майже вдвічі вища, ніж в Україні, а управління аналізованою сферою здійснюється ширшим колом публічних суб'єктів.

У Молдові спостерігається низький рівень фінансування охорони здоров'я, що здійснюється державою. Охорона здоров'я в країні поширюється на всіх громадян і зареєстрованих довгострокових жителів. Міністерство охорони здоров'я здійснює нагляд за службою охорони здоров'я в країні, і всі громадяни мають право за законом на рівний доступ до мінімальної кількості безкоштовного медичного обслуговування [198]. З 2004 року була запроваджена система обов'язкового медичного страхування

(ОМС). Внески на ОМС здійснюються з державного бюджету та за рахунок роботодавців. Національна компанія страхової медицини забезпечує фінансування надання медичних послуг. Міністерству охорони здоров'я відведена роль загального керівного органу. Крім того в Молдові створено Фонд інвестицій в охорону здоров'я, у завдання якого входить відновлення та розвиток ресурсів системи охорони здоров'я. Запровадження страхової медицини в Молдові призвело до збільшення кількості та покращення якості надання медичних послуг, а також до підвищення оплати праці медичних працівників [27].

Основний пакет безкоштовного медичного обслуговування обмежений наданням надзвичайної допомоги і лікуванням від гострої хвороби. Проте медичні організації приймають різні позиції про те, які процедури пропонуються і де. Уразливі групи, такі як громадяни, що вийшли на пенсію, інваліди або ті, хто втратив дохід від годувальника, мають свої внески, що сплачуються державою, до того часу, поки немає інших можливих способів здійснення внеску, тобто жоден інший член сім'ї не може дозволити собі виплатити їх внесок. Коли внески на охорону здоров'я оплачуються державою, бенефіціар отримує тільки мінімальний обсяг медичної допомоги [198].

Досвід Молдови переконливо свідчить, що запровадження обов'язкового медичного страхування є запорукою якісного надання медичних послуг та підвищення статусу медичного персоналу. Фінансування охорони здоров'я переважно за рахунок роботодавців забезпечує більш раціональне використання державних коштів, а створення Фонду інвестицій в охорону здоров'я вирівнює ситуативні прогалини під час управлінського процесу галузю.

Система охорони здоров'я Словаччини має у своїй основі загальне охоплення, обов'язкове медичне страхування, обсяг (пакет) основної медичної допомоги і конкурентну модель страхування з вибіркоким укладанням контрактів і гнучкою ціновою політикою. Охорона здоров'я, з

деякими винятками, забезпечується для застрахованих осіб безкоштовно як допомога в натуральній формі (оплачується третьою стороною). Відповідно до якості своїх послуг медичні страхові компанії конкурують у питанні охоплення застрахованих осіб. З 2005 року всі медичні страхові компанії є акціонерними товариствами, тобто вони були перетворені з державних фондів медичного страхування на медичні страхові компанії, що діють у рамках Господарського кодексу. Станом на 2010 рік на ринку працює три медичні страхові компанії, одна державна та дві приватні. Закупівлі медичних послуг ґрунтуються на вибірковому укладенні контрактів. Це означає, що медичні страхові компанії можуть мати різні контракти з різними надавачами послуг, а надавачі послуг – різні контракти з різними медичними страховими компаніями. Окрім державних лікарень, служб невідкладної допомоги, лікарів загальної практики та аптек, медичні працівники не мають опосередкованого права укладати контракти з медичною страховою компанією. Якість і ціна, а отже, і збереження мінімальної доступності медичної допомоги, є визначальними критеріями при укладанні контрактів з надавачами послуг [170].

Отже, перетворення з державних фондів медичного страхування на медичні страхові компанії, які безпосередньо і здійснюють оплату медичних послуг, є позитивним досвідом в аспекті надання можливості вибірково укладати контракти із закладами охорони здоров'я конкретним пацієнтом і формує гнучку цінову політику держави в цій сфері.

Національна служба охорони здоров'я Італії забезпечує універсальне надання послуг населенню. Управління системою дуже забюрократизоване, має три рівні – державний, регіональний та місцевий. Основна структура Національної служби складається з регіональних урядів і місцевих відділів охорони здоров'я. Італія поділена на 21 регіон, включаючи автономний регіон Трентіно/Альто Адіже, до якого входять провінції Тренто та Больцано. Регіони поділено приблизно на 320 місцевих органів охорони здоров'я, включаючи 90 державних лікарень, які мають самоврядування. Місцеві

відділи охорони здоров'я керують наданням медичних послуг. У деяких регіонах надання медичних послуг має сильну горизонтальну інтеграцію з місцевими відділами охорони здоров'я, які надають і придбають всі медичні послуги в межах певної території. Таким чином, місцеві відділи охорони здоров'я є центром діяльності у сфері охорони здоров'я, а регіони виконують директивні функції через конкретні регіональні плани. Забезпечення надання медичних послуг на регіональному рівні входить до функцій виборчих рад, при цьому механізми фінансування встановлюються на місцевому рівні [43].

Як відомо, в Україні найближчим часом також буде утворено Національну службу охорони здоров'я, однак основи її діяльності залишаються в процесі розроблення і, швидше за все, як і в Італії, саме місцеві відділи охорони здоров'я будуть керувати процесом надання медичних послуг, включаючи їх фінансування.

У Грузії запроваджено обов'язкове медичне страхування, фінансування медичної допомоги здійснюється єдиним фондом соціального страхування за рахунок державного бюджету (60 %), яке надається у вигляді трансфертів і внесків роботодавців (40 %). Медична допомога надається відповідно до державних програм державними закладами охорони здоров'я. Послуги, що не входять до державних програм, надаються за кошти населення. Недержавний сектор закладів охорони здоров'я не бере участі в реалізації державних програм і надає медичні послуги за кошти громадян. У країні, де проживає 4,3 млн. населення, рівні захворюваності та смертності залишаються високими, рівень народжуваності останніми роками знизився майже вдвічі. У країні різко виражений дефіцит фінансування на охорону здоров'я на тлі незадовільного економічного становища та низького рівня соціального захисту [78]. У Республіці прийнято основні закони «Про охорону здоров'я», «Про права пацієнта», «Про обов'язкове медичне страхування», «Про лікарську діяльність», «Про ліцензування медичної та фармацевтичної діяльності» [27].

У Франції відмовилися від ідей, що дуже популярні не тільки в Європі, а й в усьому світі, а саме від права споживача на великий вибір і цінову конкуренцію між локальними фондами медичного страхування з вибірковим укладенням угод між ними й закладами охорони здоров'я. Подібна позиція пов'язана з тим, що конкуренція неминуче призводить до приватизації, яка суперечить підходу, що передбачає взаємну допомогу між хворими та здоровими, багатими та бідними, дієздатними й особами з фізичними обмеженнями. Саме в цьому визначається принцип солідарності, який іншими словами можна сформулювати таким чином: багата, здорова молода людина має заплатити за страховку більше, ніж людина похилого віку з хронічними захворюваннями.

У той же час, як і система охорони здоров'я США, французька система надання медичної допомоги побудована на принципах лібералізму і плюралізму, тобто відповідає вимогам ринкової економіки, має відмінності між окремими локальним закладами і надає право вибору. За даними опитування серед медичних працівників, більшість лікарів, що здійснюють приватний прийом, активно підтримують сучасні підходи, які розкриваються у такому: вибір лікаря пацієнтами, вільне рішення лікаря практикувати медицину в будь-якому закладі – приватному чи державному. Іншими важливими, з точки зору працівників системи охорони здоров'я, принципами їхньої роботи мають бути клінічна автономність, конфіденційність спілкування лікаря та пацієнта, безпосередня оплата послуг хворими, які потім отримують компенсацію затрат у вигляді страхування [100].

Загальний доступ до медичних послуг гарантується національною системою медичного страхування (НМС), що є частиною системи обов'язкового соціального забезпечення. НМС, контрольоване Міністерством соціальних справ, покриває 99% населення країни. Страхування здійснюється через різні програми залежно від професійної належності особи. Загальна програма покриває близько 80% населення, в основному це працівники торгівлі та промисловості, а також члени їх сімей.

Решта населення застрахована через програми для робітників сільського господарства, незалежних професій та окремих груп працівників (наприклад, державних службовців, лікарів і студентів). Найбідніші верстви населення мають право отримувати медичну допомогу від різних благодійних організацій. Покриття НМС не є всеохоплюючим, у зв'язку з чим близько 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування (Mutuelles), або через приватне страхування. Основною метою є покриття більшої частини тих витрат, які не відшкодовуються фондами державного страхування після того, як пацієнт сплатив початковий рахунок [43].

Отже, обов'язкове медичне страхування не завжди покриває всі збитки, понесені за надання медичних послуг, а тому пацієнти змушені користуватися послугами приватних страхових компаній на добровільній основі.

Вищенаведене дає змогу зробити такі висновки щодо зарубіжного досвіду надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я:

1) наші громадяни вимушені користуватись послугами медичного туризму саме через недосконалість інституційних положень вітчизняної охорони здоров'я. Проте з упровадженням нової медичної реформи Україна також посяде відповідне місце у списку країн-лідерів медичного туризму;

2) упровадження передового досвіду в управлінський процес сфери охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей у побудові якісної системи надання медичних послуг, а питання методів фінансування медичного обслуговування є основоположним під час оптимізації системи охорони здоров'я населення;

3) залежно від моделі фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність;

4) участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики сфери надання медичних послуг є найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я в ЄС. За допомогою різноманітних інституцій держави визначають основні потреби громадян в аналізованій сфері шляхом упровадження різноманітних механізмів залучення окремих верств населення до прийняття основних рішень, проводячи різноманітні консультативні, дорадчі та превентивні заходи. Доцільність створення в Україні окремого державного органу, що опікуватиметься низкою комунікативних і консультативних функцій з громадськістю в усіх сферах державного управління, назріла вже давно. Наразі в кожному центральному органі виконавчої влади, що формує та реалізовує політику в певній сфері, існує структурний підрозділ, відповідальний за взаємодію зі ЗМІ та зв'язками з громадськістю;

5) проведений аналіз досвіду інших країн у цій сфері свідчить про таке:

– Вірменія – країна, де надання медичних послуг здійснюється на дуалістичній основі: 1) за рахунок державних коштів, що акумулюються до закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності на основі законодавчих актів, які передбачають низку гарантій для певного кола осіб (наприклад, пенсіонери, військовослужбовці) та для надання первинної медико-санітарної допомоги; 2) за рахунок приватних коштів пацієнтів у вигляді співдоплат у стаціонарній медичній допомозі. Досвід країни переконливо свідчить про можливість поєднання різних механізмів фінансування медичного обслуговування, однак у той же час показує, що співдоплати є високовартісними, а рівень державного фінансування – низьким. Відтак при орієнтування на досвід цієї країни під час реформування системи охорони здоров'я України слід урахувувати рівень наповнення бюджету і спроможності виділення з нього значного обсягу фінансових ресурсів;

– Литва – країна, де медичне страхування є дієвим механізмом забезпечення права громадян на доступ до якісної та належної медичної допомоги, яка здійснюється в рамках надання конкретних послуг. Схема

страхування є досить фінансово витратною, однак має позитивні показники дієвості, що підтверджується низьким рівнем смертності в країні;

– в Австралії надання медичних послуг базується на страховій системі «Medicare», що передбачає широкий сектор медичних послуг у рамках фіксованого обсягу фінансового забезпечення кожного громадянина. Належність, якість і доступність послуг контролюється низкою державних органів, які мають свої функції в цій сфері, що свідчить про високий рівень занепокоєння держави про стан здоров'я свого населення;

– податкові надходження є основним джерелом фінансування дволанкової системи охорони здоров'я в Фінляндії, де медичні послуги різних рівнів поділені за принципом децентралізації між місцевими й районними закладами охорони здоров'я. Планування обсягу та порядку надання медичних послуг є пріоритетним завданням муніципальних рад і муніципального уряду з питань охорони здоров'я. Добровільне надання додаткових медичних послуг для працівників роботодавцем є додатковим елементом загальної системи забезпечення здоров'я населення;

– Білорусь перебуває за рівнем розвитку охорони здоров'я приблизно на одному рівні з Україною, однак, враховуючи відсотковий об'єм насичення аналізованої галузі, заробітна плата в медичних працівників Білорусі майже вдвічі вища, ніж в Україні, а управління аналізованою сферою здійснюється ширшим колом публічних суб'єктів;

– досвід Молдови переконливо свідчить, що запровадження обов'язкового медичного страхування є запорукою якісного надання медичних послуг і підвищення статусу медичного персоналу. Фінансування охорони здоров'я переважно за рахунок роботодавців забезпечує більш раціональне використання державних коштів, а створення Фонду інвестицій в охорону здоров'я вирівнює ситуативні прогалини під час управлінського процесу галуззю, однак не завжди покриває всі збитки, понесені за надання медичних послуг, а тому пацієнти змушені користуватися послугами

приватних страхових компаній на добровільній основі (як і в Грузії та Франції);

– перетворення державних фондів медичного страхування на медичні страхові компанії, які безпосередньо і здійснюють оплату медичних послуг, є позитивним досвідом Словаччини в аспекті надання можливості вибірково укладати контракти із закладами охорони здоров'я конкретному пацієнту і формує гнучку цінову політику держави в цій сфері;

– в Україні найближчим часом також буде утворена Національна служба охорони здоров'я, однак основи її діяльності залишаються в процесі розроблення, і швидше за все, як і в Італії, саме місцеві відділи охорони здоров'я будуть керувати процесом наданням медичних послуг, включаючи їх фінансування.

Отже, залежності від моделі фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність. Виокремити єдину найпрогресивнішу з вищенаведених не доцільно, оскільки в більшості випадків означені країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з наявних моделей, щоб на практиці досягнути максимального результату.

Для реформування охорони здоров'я в Україні та підвищення якості надання медичних послуг слід орієнтуватись на досвід передових країн, використовуючи його в обраній моделі фінансування аналізованої галузі, з урахуванням політичних, економічних, соціальних та екологічних показників і спроможностей нашої країни. Зокрема, участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики сфери надання медичних послуг має бути найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я.

3.2 Удосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні

Загальновідомо, що під час свого розвитку держава постійно здійснює правотворчі функції, внаслідок чого з'являються численні нормативно-правові акти, предметом правового регулювання яких стають суспільні відносини у багатьох сферах суспільного життя. Такі норми є різними за юридичною силою, колом осіб, на яких вони розповсюджують свою дію, органом, який прийняв цей акт, і багатьма іншими критеріями, що існують у правовій науці. На певному етапі кількість таких норм стає критичною, і тоді держава повинна використовувати всю сукупність заходів щодо приведення нормативних актів у єдину систему. До таких заходів належать скасування старих нормативних рішень, перероблення наявних і прийняття нових нормативних актів, видання їх різноманітних збірників [6, с. 3].

Окрім того, адаптація чинного законодавства до норм Європейського Союзу (ЄС) є однією з найважливіших складових політики європейського вибору не лише України, а й будь-якої іншої держави, яка прагне прогресивного розвитку шляхом європейської інтеграції. Цей процес формує основу всіх трьох «опор» Європейського Союзу (європейських співтовариств, спільної зовнішньої політики та політики безпеки, спільної внутрішньої політики) і є обов'язковим для всіх країн-кандидатів, які відповідно до копенгагенських критеріїв мають забезпечити взяття на себе всіх зобов'язань щодо членства, включаючи умови політичного, економічного та валютного союзів [19].

Саме тому під удосконаленням адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні слід розуміти вироблення теоретичних і практичних напрямків посилення потенціалу для подальшого розвитку цього явища та врегулювання спірних питань, що існують в його межах, шляхом перероблення, скасування чи створення нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

В умовах сьогодення затримується розроблення та подання на розгляд Кабінету Міністрів України законопроектів, прийняття яких Верховною Радою України має сприяти впровадженню ефективної моделі медичного обслуговування населення, спрямованої на забезпечення належних умов реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, рівний і справедливий доступ кожної людини до медичних послуг. Так, Кабінет Міністрів України ще 2016 року мав був визначити й затвердити нормативи визначення вартості медичних послуг і порядку їх відшкодування з державного бюджету; запровадити застосування нових механізмів оплати медичних послуг (використання нормативу на одного жителя – для первинної ланки, оплати за пролікований випадок на основі DRG – для стаціонарної допомоги); розробити та запровадити систему обліку обсягу надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я та контролю їх якості [143].

Таким чином, узятий законодавцем курс на модернізацію системи охорони здоров'я, зокрема і медичних послуг, в умовах сьогодення не виправдовує своїх очікувань: більшість фундаментальних змін не стосуються суміжних інститутів, а сама процедура реалізації «покращень» відстає від запланованих термінів.

Більше того, на нашу думку, необхідна кодифікація медичного законодавства, оскільки в цивілізованих країнах професії, пов'язані із задоволенням потреб людини та використанням інформації про її особисте життя, належать до так званих професій публічної довіри. До таких відносять зокрема й професії лікаря та фармацевта. Діяльність таких фахівців регулюється за допомогою професійного самоврядування. Однак закони України цього поки що не передбачають [152].

Наразі переважна більшість законодавчих актів спрямована на деталізацію та спеціальне регулювання відносин, які складаються в медичній сфері. До таких спеціальних законодавчих актів належать закони України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про психіатричну допомогу», «Про донорство крові та її компонентів»,

«Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», «Про лікарські засоби», «Про безпечність та якість харчових продуктів», «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення», «Про охорону дитинства», «Про курорти», «Про імплантацію електрокардіостимуляторів» та низка інших. При цьому варто відзначити, що до кожного з них вже внесено зміни і доповнення, незважаючи на відносно нетривалий період їхньої дії [166, с. 28].

Безсумнівно, медичне право в Україні потребує кодифікації, тобто створення єдиного, логічно і юридично цільного нормативно-правового акта – Медичного кодексу, до якого увійдуть закони та НПА, що регулюють медичну діяльність. Необхідно створити таку систему медичного права, яка б повною мірою відповідала вимогам часу та базувалася б на загальноєвропейських підходах до забезпечення прав громадян на здорове життя і права медичного працівника на здійснення професійної діяльності. До нього мають увійти закони «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про правовий статус медичних працівників», «Про права пацієнтів» та інші законодавчі акти, що регламентують правовідносини в системі охорони здоров'я [23].

В умовах проведення медичної реформи і зміни організаційних основ охорони здоров'я вкрай актуальним є оновлення адміністративного законодавства в частині надання медичних послуг. Медичний кодекс України визначить реальні політичні та соціально-економічні процеси, які впливають на розвиток охорони здоров'я у країні, і закріпить основні вимоги до

процедурних аспектів надання медичних послуг. На нашу думку, цим нормативно-правовим актом має бути врегульовано:

- правовий статус закладу охорони здоров'я, що надає медичні послуги, як публічного суб'єкта договірною права, передбачивши надання статусу державного службовця персоналу адміністрації закладу комунальної та державної форми власності;

- наявні корупційні схеми сертифікації та ліцензування медичних засобів, які в кінцевому рахунку через фармацевтичних представників потрапляють до пацієнтів (або унеможлиблюється постачання необхідних препаратів (зарубіжних, наприклад) споживачу через бюрократизацію існуючих процедур): 1) процедура виправлення та попередження вчинення помилок при здійсненні такої діяльності; 2) створення уніфікованих вимог до особи, яка бажає отримати ліцензію; 3) відповідальність за дотримання норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів; 4) моніторинг і контроль щодо строків придатності препаратів; 5) запровадження перевірок щодо виробника продукції та умов її виготовлення тощо;

- правовий статус надавачів медичних послуг, їх кваліфікація та компетенція, зокрема морально-правові основи професійної діяльності;

- правовий статус пацієнта та його законного представника;

- умови надання медичних послуг, підстави та порядок підписання договору;

- типовий договір надання медичних послуг з його істотними умовами та необхідними блоками інформаційного наповнення;

- процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків;

- різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування;

- інформаційну адміністративну діяльність закладів охорони здоров'я, зокрема запровадження електронного медичного обслуговування (запис до лікаря в режимі он-лайн, консультування тощо);

– основи обов'язкового (для юридичних осіб) та добровільного медичного страхування (для фізичних осіб);

– упровадження інноваційних технологій;

– відповідальність у сфері надання медичних послуг: 1) адміністрації закладу охорони здоров'я за неналежне управління закладом і неврегулювання організаційних аспектів надання медичних послуг; 2) працівників закладу охорони здоров'я – як лікарів, так і допоміжного персоналу, у разі здійснення ними медичної помилки; 3) осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами, що в результаті впливають на якість надання медичних послуг працівниками закладу охорони здоров'я, зокрема фармацевтичних фірм і дистриб'юторів лікарських засобів за пропаганду конкретного препарату лікарю, який отримує відсоток від його призначення; 4) відповідальність пацієнта у випадку порушення обумовлених зобов'язань; 5) медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта), на основі визначення права на таємницю про стан здоров'я як абсолютного, що кореспондує обов'язок всіх інших осіб, яким стало відомо вищезазначену інформацію, утримуватися від її поширення.

Загалом кінцевою метою створення та реалізації оновленої системи охорони здоров'я має бути:

1) збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;

2) створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;

3) забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;

4) формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;

5) ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;

б) солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги [23; 140].

Серед пріоритетних заходів щодо розвитку галузі охорони здоров'я, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, визначаються ще й такі: створення сприятливого для здоров'я середовища, упровадження результатів інноваційних наукових розробок, а також оптимізація організації системи надання медичної допомоги, запровадження солідарного принципу фінансування [75]. Ці положення, спрямовані на забезпечення якості й доступності медичної допомоги, відповідають основним тенденціям модернізації національних систем охорони здоров'я, розвитку медичної галузі в світі, що є певним віддзеркаленням глобалізаційних процесів [13; 71, с.147].

На нашу думку, Україні у своєму розвитку та розбудові державності, розвитку соціальних галузей, і саме сфери охорони здоров'я, слід орієнтуватися на досвід країн Заходу та Європейського Союзу. Діяльність у цьому напрямку має ґрунтуватися на таких засадах і з дотриманням таких вимог і принципів: відкритості (openness); участі (participation); підзвітності (accountability); ефективності (effectiveness); злагодженості/зв'язку (coherence) [191, с. 96].

Отже, для реформування охорони здоров'я в Україні та підвищення якості надання медичних послуг слід орієнтуватись на досвід західних та європейських країн, використовуючи його в обраній моделі фінансування аналізованої галузі, з урахуванням політичних, економічних, соціальних та екологічних показників і спроможностей нашої країни.

Уважаємо за необхідне більш детально роз'яснити наше бачення запропонованих законодавчих змін до адміністративного законодавства.

Стосовно правового статусу закладу охорони здоров'я як публічного суб'єкта договірного права, що надає медичні послуги, та надання статусу державного службовця персоналу адміністрації закладу комунальної та державної форми власності, за нашим баченням, слід для початку:

– внести зміни до частини 1 статті 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в такому вигляді:

«Заклад охорони здоров'я є самостійним публічним суб'єктом договірних відносин. Адміністративні посади в закладі охорони здоров'я належать до категорії Б державної служби. Держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності».

Підтримуючи думку О. Надюк, пропонуємо до складу комісії відділу ліцензування та акредитації суб'єктів медичного ринку ввести: 1) лікаря – експерта з епідеміології; 2) лікаря – експерта з питань комунальної гігієни; 3) лікаря – представника професійної асоціації; 4) лікаря – представника іншого лікувально-профілактичного закладу (який планово буде ліцензуватися чи акредитуватися найближчим часом); 5) податкового інспектора; 6) ревізора-бухгалтера; 7) юриста; 8) експерта з медичного страхування; 9) представника регіональної асоціації пацієнтів [102].

При цьому державними службовцями, тобто працівниками міністерства охорони здоров'я України, будуть лікарі – експерти з епідеміології та комунальної гігієни, юрист, ревізор-бухгалтер. Уважаємо, що програма процесу ліцензування та акредитації має включати положення про відповідність умов надання медичної допомоги санітарно-гігієнічним і метрологічним стандартам; забезпечення якості (комфортності) надання медичної допомоги; забезпечення ефективності (адекватності) надання медичної допомоги; забезпечення законності в діяльності лікувально-профілактичного закладу; аналіз фінансово-економічної звітності і висновок про економічну доцільність існування. Так, для проведення процедури

ліцензування й акредитації щодо відповідності умов надання медичної допомоги санітарно-гігієнічним і метрологічним стандартам пропонується залучати експерта з епідеміології, експерта з комунальної гігієни, юриста і представника іншого лікувально-профілактичного закладу, а для процесу аналізу фінансово-економічного стану лікувально-профілактичного закладу – юриста, податкового інспектора, ревізора бухгалтера, експерта з медичного страхування і представника іншого лікувально-профілактичного закладу [102]. Тому чинне законодавство потребує відповідних доповнень, зокрема щодо процедури виправлення та попередження вчинення помилок під час здійснення такої діяльності та створення уніфікованих вимог до особи, яка бажає отримати відповідну ліцензію.

Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками мусить здійснювати систематичний моніторинг і контроль за строками придатності препаратів, які постачаються закладам охорони здоров'я, та перевірки щодо виробника продукції та умов її виготовлення. Це вимагає розроблення відповідних механізмів і процедур здійснення на підзаконному рівні, шляхом видання спеціальних розпорядчих актів.

Відповідно Постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 №647 «Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками» потребує таких доповнень:

– до пункту 4 «Держлікслужба відповідно до покладених на неї завдань» додати підпункти такого змісту:

«10-1) ініціює перевірки щодо виробника продукції та умов її виготовлення»;

«11-1) здійснює систематичний моніторинг та контроль за строками придатності препаратів, які постачаються закладам охорони здоров'я».

Правовий статус надавачів медичних послуг, їх кваліфікація та компетенція, зокрема морально-правові основи професійної діяльності, мають бути врегульовані в межах Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в розділі V «Медична допомога». Тут же має

бути передбачено правовий статус пацієнта та його законного представника, а також основи обов'язкового (для юридичних осіб) та добровільного медичного страхування (для фізичних осіб).

Окремим розділом Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» мають урегулюватись питання надання медичних послуг, зокрема умови, підстави та порядок підписання договору, обов'язкові його елементи та істотні умови з необхідними блоками інформаційного наповнення, процедура оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків.

Окрім того Міністерство охорони здоров'я має розробити відповідний нормативно-правовий акт – типовий договір надання медичних послуг, деталізувавши положення пропонованого розділу Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Також убачається за доцільне в цьому Законі до статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» додати визначення лікарської помилки в такому вигляді:

«Лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування».

Визначення терміна «лікарська помилка» є необхідним з тією метою, щоб правильно регламентувати її наслідки. Численні варіанти, запропоновані як лікарями, так і юристами, певною мірою базуються на твердженні І. Давидовського, що вважав лікарські помилки «прикрим браком у лікарській діяльності», при якому першопричиною є добросовісна помилка лікаря, що виключає кримінальну відповідальність. У той же час сьогоденній розвиток медичного права диктує необхідність комплексного сприйняття проблеми лікарських помилок з урахуванням їх тісного нерозривного зв'язку з дефектами надання медичної допомоги [168, с.112].

Відповідно в розділі V під назвою «Медична допомога» аналізованого Закону потрібно навести різновиди медичних помилок, які впливають на

якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування, зокрема діагностичні, тактичні, технічні, організаційні.

Окремим розпорядчик актом Міністерства охорони здоров'я має бути передбачено механізми впровадження інноваційних технологій, а також здійснення інформаційної адміністративної діяльності закладами охорони здоров'я, зокрема запровадження електронного медичного обслуговування (запис до лікаря в режимі он-лайн, консультування тощо).

Окремо слід зазначити про адміністративну відповідальність у сфері надання медичних послуг, яка регламентується нормами КУпАП України.

На нашу думку, необхідно доповнити главу 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» такими деліктами в аналізованій сфері:

– статтею 46-3 «Дрібна лікарська помилка»

«Дрібна лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування без спричинення тяжких наслідків для здоров'я пацієнта і носять технічний, організаційний, тактичний характер – тягне за собою накладення штрафу від десяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-4 «Пропаганда лікарських засобів»

«Нав'язування закладам охорони здоров'я представниками фармацевтичних фірм і дистриб'юторами лікарських засобів конкретного препарату, за реалізацію якого виплачується відсоткова винагорода – тягне за собою накладення штрафу на громадян від двадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на юридичних осіб – від двадцяти п'яти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-5 «Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів»

«Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів – тягне за собою накладення штрафу від десяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-б «Розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта»

«Розголошення відомостей про стан здоров'я особи та надання їй медичної допомоги, зокрема діагностичних і лабораторних досліджень, без згоди особи або без згоди її законного представника – тягне за собою накладення штрафу від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

Таким чином, адміністративне законодавство у світлі реформаційних змін потребує негайного оновлення шляхом зміни, перероблення та створення нових нормативно-правових актів у сфері надання медичних послуг.

Вищенаведене дає змогу зробити такі висновки щодо вдосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні:

1) удосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні полягає в переробленні, скасуванні чи створенні нових нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, які регулюють здійснення аналізованої діяльності;

2) узятий законодавцем курс на модернізацію системи охорони здоров'я, зокрема й медичних послуг, в умовах сьогодення не виправдовує своїх очікувань: більшість фундаментальних змін не стосуються суміжних інститутів, а сама процедура реалізації «покращень» відстає від запланованих термінів. Уніфікованих законодавчих вимог щодо процедурних аспектів надання медичних послуг наразі не існує;

3) необхідною є кодифікація медичного законодавства, оскільки в умовах проведення медичної реформи і зміни організаційних основ охорони здоров'я вкрай актуальним є оновлення законодавства в частині надання медичних послуг. Медичний кодекс України визначить реальні політичні та соціально-економічні процеси, які впливають на розвиток охорони здоров'я в

країні, і закріпить основні вимоги до процедурних аспектів надання медичних послуг;

4) Медичний кодекс України мусить урегулювати:

– правовий статус закладу охорони здоров'я як публічного суб'єкта договірних прав, що надає медичні послуги, передбачивши надання статусу державного службовця персоналу адміністрації закладу комунальної та державної форми власності;

– наявні корупційні схеми сертифікації та ліцензування медичних засобів, які в кінцевому рахунку через фармацевтичних представників потрапляють до пацієнтів (або унеможлиблюється постачання необхідних препаратів споживачу через бюрократизацію чинних процедур), зокрема: процедури виправлення та попередження вчинення помилок при здійсненні такої діяльності; створення уніфікованих вимог до особи, яка бажає отримати відповідну ліцензію;

– моніторинг і контроль щодо строків придатності препаратів, а також запровадження перевірок щодо виробника продукції та умов її виготовлення;

– правовий статус: надавачів медичних послуг, їх кваліфікація та компетенція; пацієнта та його законного представника;

– умови надання медичних послуг, підстави та порядок підписання договору; типовий договір надання медичних послуг з його істотними умовами та необхідними блоками інформаційного наповнення;

– процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків, а також різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування;

– інформаційну адміністративну діяльність закладів охорони здоров'я, зокрема запровадження електронного медичного обслуговування (запис до лікаря в режимі он-лайн, консультування тощо);

– відповідальність у сфері надання медичних послуг: адміністрації закладу охорони здоров'я за неналежне управління закладом та нерегулювання організаційних аспектів надання медичних послуг;

працівників закладу охорони здоров'я – як лікарів, так і допоміжного персоналу, у разі здійснення ними медичної помилки; осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами, що в результаті впливають на якість надання медичних послуг працівниками закладу охорони здоров'я; пацієнта у випадку порушення обумовлених зобов'язань; медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта);

5) адміністративне законодавство у світлі реформаційних змін потребує негайного оновлення шляхом зміни, перероблення та створення нових нормативно-правових актів у сфері надання медичних послуг, зокрема необхідно:

5.1) до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» внести зміни й доповнення:

– до частини 1 статті 16 у такому вигляді: «Заклад охорони здоров'я є самостійним публічним суб'єктом договірних відносин. Адміністративні посади в закладі охорони здоров'я належать до категорії Б державної служби. Держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності»;

– до розділу V «Медична допомога»: «в контексті визначення правового статусу надавачів медичних послуг, їх кваліфікації та компетенції, зокрема морально-правових основ їх професійної діяльності; пацієнта та його законного представника (права, обв'язки, відповідальність), а також основи обов'язкового (для юридичних осіб) та добровільного медичного страхування (для фізичних осіб);

– додати розділ V-1 під назвою «Договір надання медичних послуг», передбачивши врегулювання питання надання медичних послуг, зокрема умови, підстави та порядок підписання договору, обов'язкові його елементи та істотні умови з необхідними блоками інформаційного наповнення, а також процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків;

– додати до статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» дефініцію лікарської помилки у такому вигляді: «Лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісної, достатньої, допустимої та належної медичної послуги»;

– до розділу V «Медична допомога» додати різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування, зокрема діагностичні, тактичні, технічні, організаційні;

5.2) до Постанови Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647 «Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками», а саме пункту 4 «Держлікслужба відповідно до покладених на неї завдань» додати підпункти в такому вигляді:

– «10-1) ініціює перевірки щодо виробника продукції та умов їх виготовлення»;

– «11-1) здійснює систематичний моніторинг і контроль за строками придатності препаратів, які постачаються закладам охорони здоров'я»;

5.3) доповнити главу 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» такими деліктами:

– статтею 46-3 «Дрібна лікарська помилка»:

«Дрібна лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування без спричинення тяжких наслідків для здоров'я пацієнта і мають технічний, організаційний, тактичний характер – тягне за собою накладення штрафу від десяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

– статтею 46-4 «Пропаганда лікарських засобів»:

«Нав'язування закладам охорони здоров'я представниками фармацевтичних фірм і дистриб'юторами лікарських засобів конкретного препарату, за реалізацію якого виплачується відсоткова винагорода – тягне за

собою накладення штрафу на громадян від двадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на юридичних осіб – від двадцяти п'яти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-5 «Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів»:

«Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів – тягне за собою накладення штрафу від десяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-6 «Розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта»:

«Розголошення відомостей про стан здоров'я особи та надання їй медичної допомоги, зокрема діагностичних і лабораторних досліджень без згоди особи або без згоди її законного представника – тягне за собою накладення штрафу від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.»;

5.4) розробити Міністерством охорони здоров'я:

– типовий договір надання медичних послуг, деталізувавши положення пропонованого розділу V-1 під назвою «Договір надання медичних послуг»;

– наказ «Про впровадження інноваційних технологій та здійснення інформаційної адміністративної діяльності закладами охорони здоров'я в сфері запровадження електронного медичного обслуговування».

Отже, під удосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні слід розуміти вироблення теоретичних і практичних напрямків посилення потенціалу для подальшого розвитку аналізованого явища та врегулювання спірних питань, що існують в його межах, шляхом зміни, перероблення, скасування чи створення нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Адміністративне законодавство у світлі реформаційних змін потребує негайного оновлення, що більшою мірою стосується Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Постанови Кабінету

Міністрів України від 12.08.2015 № 647 «Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками», КУПАП України та деяких інших актів.

Висновки до розділу 3

1. З'ясовано, що наші громадяни вимушені користуватись послугами медичного туризму саме через недосконалість інституційних положень вітчизняної охорони здоров'я. Упровадивши нову медичну реформу, Україна також посяде відповідне місце в списку країн-лідерів медичного туризму.

2. Наголошено, що впровадження передового досвіду в управлінський процес сфери охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей у побудові якісної системи надання медичних послуг, а питання методів фінансування медичного обслуговування є основоположним під час оптимізації системи охорони здоров'я населення. Залежно від моделі фінансування медичного обслуговування залежить і рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність.

3. З'ясовано, що участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг є найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я в ЄС. За допомогою різноманітних інституцій держави визначають основні потреби громадян в аналізованій сфері шляхом упровадження різноманітних механізмів залучення окремих верств населення до прийняття основних рішень, проводячи різноманітні консультативні, дорадчі та превентивні заходи. Доцільність створення в Україні окремого державного органу, що опікуватиметься низкою комунікативних і консультативних функцій у зв'язках із громадськістю в усіх сферах державного управління, назріла вже давно. Наразі в кожному центральному органі виконавчої влади, що формує

та реалізовує політику в певній сфері, існує структурний підрозділ, відповідальний за взаємодію зі ЗМІ та зв'язки із громадськістю.

4. Стверджується, що виокремити єдину найпрогресивнішу модель у сфері охорони здоров'я не доцільно, оскільки в більшості випадків країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з чинних моделей, щоб на практиці досягти максимального результату; У свою чергу проведений аналіз зарубіжного досвіду надання медичних послуг свідчить про таке:

– Вірменія – це країна, де надання медичних послуг здійснюється на дуалістичній основі: 1) за рахунок державних коштів, що акумулюються до закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності на основі законодавчих актів, які передбачають низку гарантій для певного кола осіб (наприклад, пенсіонерів, військовослужбовців) і для надання первинної медико-санітарної допомоги; 2) за рахунок приватних коштів пацієнтів у вигляді співдоплат у стаціонарній медичній допомозі. Досвід країни переконливо свідчить про можливість поєднання різних механізмів фінансування медичного обслуговування, однак у той же час показує, що співдоплати є високовартісними, а рівень державного фінансування – низьким. Тому, орієнтуючись на досвід цієї країни при реформуванні системи охорони здоров'я України, слід урахувати рівень наповнення бюджету і спроможності виділення з нього значного обсягу фінансових ресурсів;

– Україна відстає в розвитку сфери охорони здоров'я від Литви щонайменше на кілька десятків років. Це країна, де медичне страхування є дієвим механізмом забезпечення права громадян на доступ до якісної та належної медичної допомоги, яка здійснюється в рамках надання конкретних послуг. Схема страхування є досить фінансово затратною, однак має позитивні показники дієвості, що підтверджується низьким рівнем смертності в країні;

– в Австралії надання медичних послуг базується на страховій системі «Medicare», що передбачає широкий сектор медичних послуг у рамках фіксованого обсягу фінансового забезпечення кожного громадянина.

Належність, якість і доступність послуг контролюється низкою державних органів, які мають свої функції в цій сфері, що свідчить про високий рівень занепокоєння держави про стан здоров'я свого населення;

– податкові надходження є основним джерелом фінансування дволанкової системи охорони здоров'я в Фінляндії, де медичні послуги різних рівнів поділені за принципом децентралізації між місцевими і районними закладами охорони здоров'я. Планування обсягу та порядку надання медичних послуг є пріоритетним завданням муніципальних рад і муніципального уряду з питань охорони здоров'я. Добровільне надання додаткових медичних послуг для працівників роботодавцем є додатковим елементом загальної системи забезпечення здоров'я населення на високому рівні;

– Україна за рівнем розвитку охорони здоров'я перебуває приблизно на одному рівні з Білоруссю, однак, ураховуючи відсотковий об'єм насичення аналізованої галузі, усе ж таки заробітна плата в медичних працівників Білорусі майже вдвічі вища, ніж в Україні, а управління аналізованою сферою здійснюється ширшим колом публічних суб'єктів;

– досвід Молдови переконливо свідчить, що запровадження обов'язкового медичного страхування є запорукою якісного надання медичних послуг і підвищення статусу медичного персоналу. Фінансування охорони здоров'я більшою мірою за рахунок роботодавців забезпечує більш раціональне використання державних коштів, а створення Фонду інвестицій в охорону здоров'я вирівнює ситуативні прогалини під час управлінського процесу керування галуззю, однак це не завжди покриває всіх збитків, понесених при наданні медичних послуг, а тому пацієнти змушені користуватися послугами приватних страхових компаній на добровільній основі (як і в Грузії та Франції);

– перетворення державних фондів медичного страхування на медичні страхові компанії, які безпосередньо і здійснюють оплату медичних послуг, є позитивним досвідом Словаччини в аспекті надання можливості вибірково

укладати контракти із закладами охорони здоров'я конкретному пацієнту і формує гнучку цінову політику держави в цій сфері;

– в Україні найближчим часом також буде утворено Національну службу охорони здоров'я, однак основи її діяльності залишаються в процесі розроблення, і швидше за все, як і в Італії, саме місцеві відділи охорони здоров'я будуть керувати процесом надання медичних послуг, включаючи і їх фінансування.

5. Доведено, що для реформування охорони здоров'я в Україні та підвищення якості надання медичних послуг слід орієнтуватись на досвід західних та європейських країн, використовуючи його в обраній моделі фінансування аналізованої галузі, з урахуванням політичних, економічних, соціальних та екологічних показників і спроможностей нашої країни. Так, участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг має бути найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я.

6. Визначено, що під удосконаленням адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні слід розуміти вироблення теоретичних і практичних напрямків посилення потенціалу для подальшого розвитку аналізованого явища та врегулювання спірних питань, що існують в його межах шляхом зміни, перероблення, скасування чи створення нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

7. Зазначено, що взятий законодавцем курс на модернізацію системи охорони здоров'я, зокрема й медичних послуг, в умовах сьогодення не виправдовує своїх очікувань: більшість фундаментальних змін не стосуються суміжних інститутів, а сама процедура реалізації «покращень» відстає від запланованих термінів. Уніфікованих законодавчих вимог щодо процедурних аспектів надання медичних послуг наразі не існує.

8. Наголошено про необхідність кодифікації медичного законодавства, оскільки в умовах проведення медичної реформи і зміни організаційних основ охорони здоров'я вкрай актуальним є оновлення законодавства в

частині надання медичних послуг. Медичний кодекс України визначить реальні політичні та соціально-економічні процеси, які впливають на розвиток охорони здоров'я у країні і закріпить основні вимоги до процедурних аспектів надання медичних послуг.

9. Стверджується, що медичний кодекс України мусить урегулювати: 1) правовий статус закладу охорони здоров'я як публічного суб'єкта договірної права, що надає медичні послуги, передбачивши надання статусу державного службовця персоналу адміністрації закладу комунальної та державної форми власності; 2) наявні корупційні схеми сертифікації та ліцензування медичних засобів, які в кінцевому рахунку через фармацевтичних представників потрапляють до пацієнтів (або унеможлиблюється постачання необхідних препаратів споживачу через бюрократизацію чинних процедур), зокрема: процедури виправлення та попередження вчинення помилок при здійсненні такої діяльності; створення уніфікованих вимог до особи, яка бажає отримати ліцензію; 3) моніторинг і контроль щодо строків придатності препаратів, а також запровадження перевірок щодо виробника продукції та умов її виготовлення; 4) правовий статус: надавачів медичних послуг, їх кваліфікації та компетенції; пацієнта та його законного представника; 5) умови надання медичних послуг, підстави та порядок підписання договору; типовий договір надання медичних послуг з його істотними умовами та необхідними блоками інформаційного наповнення; 6) процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків, а також різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування; 7) інформаційну адміністративну діяльність закладів охорони здоров'я, зокрема запровадження електронного медичного обслуговування (запис до лікаря в режимі он-лайн, консультування тощо); 9) відповідальність у сфері надання медичних послуг: адміністрації закладу охорони здоров'я за неналежне управління закладом і неврегулювання організаційних аспектів надання медичних послуг; працівників закладу

охорони здоров'я – як лікарів, так і допоміжного персоналу в разі здійснення ними медичної помилки; осіб, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами, що в результаті впливають на якість надання медичних послуг працівниками закладу охорони здоров'я; пацієнта у випадку порушення обумовлених зобов'язань; медичних лабораторій (клініко-діагностичних) за розголошення відомостей про стан здоров'я споживача надаваної ними послуги (пацієнта).

10. Наголошується на тому, що адміністративне законодавство у світлі реформаційних змін потребує негайного оновлення шляхом зміни, перероблення та створення нових нормативно-правових актів у сфері надання медичних послуг. Зокрема необхідно:

1) до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» внести зміни й доповнення:

– до частини 1 статті 16 у такому вигляді: «Заклад охорони здоров'я є самостійним публічним суб'єктом договірних відносин. Адміністративні посади в закладі охорони здоров'я належать до категорії Б державної служби. Держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності»;

– до розділу V «Медична допомога»: «в контексті визначення правового статусу надавачів медичних послуг, їх кваліфікації та компетенції, зокрема морально-правових основ їх професійної діяльності; пацієнта та його законного представника (права, обв'язки, відповідальність), а також основи обов'язкового (для юридичних осіб) та добровільного медичного страхування (для фізичних осіб);

– додати розділ V-1 під назвою «Договір надання медичних послуг», передбачивши врегулювання питання надання медичних послуг, зокрема умови, підстави та порядок підписання договору, обов'язкові його елементи та істотні умови з необхідними блоками інформаційного наповнення, а також процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків;

– додати до статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» дефініцію лікарської помилки у такому вигляді: «Лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісної, достатньої, допустимої та належної медичної послуги»;

– до розділу V «Медична допомога» додати різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування, зокрема діагностичні, тактичні, технічні, організаційні;

2) до Постанови Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647 «Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками», а саме пункту 4 «Держлікслужба відповідно до покладених на неї завдань» додати підпункти в такому вигляді:

– «10-1) ініціює перевірки щодо виробника продукції та умов їх виготовлення»;

– «11-1) здійснює систематичний моніторинг і контроль за строками придатності препаратів, які постачаються закладам охорони здоров'я»;

3) доповнити главу 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» такими деліктами:

– статтею 46-3 «Дрібна лікарська помилка»:

«Дрібна лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування без спричинення тяжких наслідків для здоров'я пацієнта і мають технічний, організаційний, тактичний характер – тягне за собою накладення штрафу від десяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

– статтею 46-4 «Пропаганда лікарських засобів»:

«Нав'язування закладам охорони здоров'я представниками фармацевтичних фірм і дистриб'юторами лікарських засобів конкретного препарату, за реалізацію якого виплачується відсоткова винагорода – тягне за

собою накладення штрафу на громадян від двадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на юридичних осіб – від двадцяти п'яти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-5 «Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів»:

«Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів – тягне за собою накладення штрафу від десяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

– статтею 46-6 «Розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта»:

«Розголошення відомостей про стан здоров'я особи та надання їй медичної допомоги, зокрема діагностичних і лабораторних досліджень без згоди особи або без згоди її законного представника – тягне за собою накладення штрафу від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.»;

4) розробити Міністерством охорони здоров'я:

– типовий договір надання медичних послуг, деталізувавши положення пропонованого розділу V-1 під назвою «Договір надання медичних послуг»;

– наказ «Про впровадження інноваційних технологій та здійснення інформаційної адміністративної діяльності закладами охорони здоров'я в сфері запровадження електронного медичного обслуговування».

ВИСНОВКИ

У дисертації на основі теорії адміністративного права, чинного законодавства та правореалізаційної діяльності публічної адміністрації наведено нове розв'язання наукового завдання стосовно розвитку засад та адміністративного інструментарію щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні, викладено найбільш важливі наукові та практичні результати, визначено наукові проблеми, для розв'язання яких можуть бути застосовані результати дослідження.

1. Сформовано, що адміністративно-правові відносини в галузі охорони здоров'я – це форма суспільного відношення особливого роду (організаційного та виконавчо-розпорядчого характеру), урегульована головним чином нормами адміністративного права, що виникає у сфері надання адміністративних послуг і здійснення державного управління під час реалізації публічною адміністрацією зобов'язання щодо забезпечення фізичного і психічного здоров'я населення, репрезентуючи при цьому двосторонній зв'язок між владним суб'єктом і підконтрольним об'єктом (як учасників цих відносин), який характеризується їх нерівністю в мірі доступної, належної та допустимої їх поведінки й перебуває під охороною держави (забезпечується за необхідності державним примусом).

2. Узагальнено, що принципи надання медичних послуг – це основні, керівні засади та вимоги, які поширюються на суб'єктів надання медичних послуг, забезпечують гарантоване право громадян на їх доступність і відповідну якість, сприяючи при цьому відновленню та покращенню фізичного і психічного здоров'я населення. Доведено, що система принципів правового регулювання у сфері надання медичних послуг формується і реалізується через правове опосередкування спеціальної публічної адміністрації на основі норм адміністративного права.

3. Доведено, що стандартами надання медичних послуг є нормативно-правові акти, прийняті з метою регулювання питань учинення різноманітних

дій уповноважених суб'єктів у сфері надання матеріальних чи нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного і психічного здоров'я населення (різних різновидів медичної допомоги), як одиничному отримувачу, так і необмеженому колу споживачів з метою забезпечення в кінцевому рахунку корисного медичного ефекту останнім.

4. Доведено, що до елементів механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні належать юридичні компоненти єдиного специфічного комплексного утворення як відносно самостійні компоненти надання медичних послуг, що забезпечують процес публічного управління та надання адміністративних послуг стосовно адміністративної діяльності спеціальної публічної адміністрації з метою доступного і якісного забезпечення надання матеріальних чи нематеріальних благ для покращення фізичного і психічного здоров'я населення. Механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні складається з норм і принципів адміністративного права, форм і методів адміністративної діяльності публічної адміністрації, адміністративних процедур у цій сфері.

5. З'ясовано, що форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність адміністративних дій посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів, а також інших передбачених законодавством уповноважених органів і посадових осіб, наділених адміністративно-управлінськими функціями щодо належного забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, що здійснюються в межах їх компетенції та мають на меті задоволення публічних інтересів у межах сфери їх правового впливу.

6. Визначено, що адміністративні процедури у сфері медичних послуг – це послідовність здійснення індивідуальних, конкретних адміністративно-сервісних і управлінських, організаційно-правових і технічних адміністративних дій (які об'єднані в етапи й стадії), що здійснюються

центральним органом виконавчої влади, який здійснює державну політику у сфері охорони здоров'я щодо ліцензування медичних закладів, адміністрації медичних закладів, що виконують організаційно-технологічні медичні процедури (приймання пацієнтів, надання екстреної медичної допомоги, ведення медичної документації) та адміністративні процедури надання лікарями медичних послуг пацієнтам відповідно до медичних стандартів і клінічних протоколів.

7. Здійснено компаративістичну характеристику надання медичних послуг у зарубіжних державах й Україні, у результаті чого виявлено, що в таких країнах, як Австралія, Білорусь, Грузія, Італія, Литва, Молдова, Словаччина, Фінляндія, Франція діє медична страхова система надання медичних послуг. При цьому доведено, що Україна відстає в розвитку охорони здоров'я від Литви, де медичне страхування є дієвим механізмом забезпечення права громадян на доступ до якісної та належної медичної допомоги, яка здійснюється в межах надання конкретних послуг; від Австралії, де надання медичних послуг базується на страховій системі, яка передбачає широкий спектр медичних послуг у межах фіксованого обсягу фінансового забезпечення кожного громадянина. Іншою системою надання медичних послуг є змішана система, коли їх фінансування здійснюється як за рахунок державних коштів, страхової медицини, так і приватних надходжень.

8. Удосконалено адміністративне законодавство у сфері надання медичних послуг в Україні шляхом розроблення конкретних змін і доповнень до нього щодо підвищення ефективності, доступності та якості надання медичних послуг у медичних закладах України, зокрема шляхом змін і доповнень до Закону України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо підвищення адміністративно-правового статусу медичного закладу та безпосередньо лікарів як суб'єктів надання медичних послуг, більш чіткої формалізації процедури їх надання та уточнення категорійного апарату; значного посилення адміністративно-правового захисту пацієнтів шляхом

встановлення адміністративної відповідальності за лікарську помилку, протидії використанню неефективних ліків, розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта; а також загалом запропоновано розробити типовий договір надання медичних послуг і новий кодифікований Закон – Медичний кодекс України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамович Д. Києво-Печерський Патерик. К.: Всеукр. академія наук, 1930. 235 с.
2. Авер'янов В. Б. Адміністративне право України. Академічний курс : підручник : У 2 т. К. : вид-во «Юридична думка», 2004. Т. 1 : Загальна частина. 584 с.
3. Авер'янов В. Б. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики. К., 2003. 384 с.
4. Адміністративне право України: підручник. Загальне адміністративне право: Академічний курс. Т.1. за ред. В. В. Галунька. К.: ХМД, 2015. 393 с.
5. Алексеев С. С. Общая теория права : учебник . 2-е изд., перераб. и доп. М. : ТК Велби : Проспект, 2008. 576 с.
6. Алексеев О. Г. Систематизація та кодифікація галузевого законодавства – запорука ефективного функціонування фармацевтичної сфери України. *Український медичний альманах*. 2013. Т. 16, № 3. С. 3-6.
7. Алфьоров С. М., Ващенко С. В., Долгополова М. М. Адміністративне право. Загальна частина: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 216 с.
8. Аль Каравані Б. Т. Маркетингове дослідження якості медичних послуг. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2014. № 1. С. 124-131.
9. Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг: автореф. дис... к.ю.н.: 12.00.03. К.: Ін-т держави і права ім. Корецького НАН України, 2006. 20 с
10. Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. НАН України. Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького. К., 2006. 204с.

11. Аристотель. Физика: пер. В. П. Карпова. М. : Соцэкгиз, 1936. 228 с.
12. Багмет М. О., Ємельянов В. М. Історія та практика державного управління і місцевого самоврядування в Україні. Том II. 2006. 292 с.
13. Басва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посібник. К., 2008. Відомості із сайту PIDRUCHNIK. 2010. URL: http://pidruchniki.ws/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov
14. Балабан С. М. Оцінка ефективності адміністративно-правового регулювання деліктних відносин. *Наше право*. 2014. № 6. С. 57-65.
15. Барабашев А.Г., Гуселетова Е.Л. Исследование публичного управления в США: истоки, этапы развития, современное состояние, эволюция образовательных программ. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2010. № 2. С. 66–80.
16. Баровська А. Комунікація влади та громадськості: інституційний аспект». Аналітична записка. Відомості із сайту NISS.GOV. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/293/>
17. Бельский К.С. Феноменология административного права. Смоленск: Изд-во Смол гуманитар. ун-та, 1995. 144 с.
18. Берназ-Лукавецька О. М. Медичні послуги в Україні. Відомості із сайту ЮРИСТ БЛОГ. 2017. URL: <http://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html>
19. Бесчастний В. Окремі питання вдосконалення адміністративного законодавства України у напрямі гармонізації зі стандартами та вихідними засадами права Європейського Союзу. *Віче*. 2011. № 10.
20. Битяк Ю. П., Богуцький В. В., Гаращук В. М. Адміністративне право України : підручник для юридичних вузів і фак. Харків, 2000. 520 с.
21. Бліхар М. М. Адміністративно-правові форми та методи регулювання інвестиційної діяльності. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія юридична. 2013. Вип. 3. С.171-183.

22. Бусел В.Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови. К.; Ірпінь: Перун, 2005. 1728 с.
23. В Україні може з'явитися Медичний кодекс. *Відомості із сайту ЗАКОН І БІЗНЕС*. 2013. URL: <http://zib.com.ua/ua/pda/15329.html>
24. В Україні створять Національну службу здоров'я. *Відомості із сайту KORRESPONDENT*. 2017. URL: <https://ua.korrespondent.net/tech/3898181-v-ukraini-stvoriat-natsionalnu-sluzhbu-zdorovia>
25. Ведерніков Ю.А., Папірна А.В. Теорія держави і права: навч. посіб. К.: Знання, 2008. 333 с. (Вища освіта ХХІ століття).
26. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг . Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2014. № 5. С. 44-48.
27. Виноградов О.В., Рингач Н.О., Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України. *Відомості із сайту ACADEMY.GOV*. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej6/txts/07vovurz.htm>
28. Відповідальність медичних працівників: Лист Міністерства юстиції України від 20.06.2011. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/n0040323-11/card6#Public>
29. Волинка К. Г. Теорія держави і права : навч. посіб. К.: МАУП, 2003. 240 с.
30. Волков А. М. Альтернативное разрешение административных споров в сфере природопользования. *Административное право и процесс*. 2013. № 2. С. 51-56.
31. Всесвітня асоціація медичного туризму вибрала Київ своєю штаб-квартирою в СНД. *Відомості із сайту PE.COM*. 2013. URL: <http://www.pe.com.ua/ua/press-centr/news/?view=1885>
32. Галіцина Н. Адміністративна процедура як інститут адміністративного процесу. *Форум права*. 2010. № 4. С. 163 – 177.

33. Галуцько В. В., Олефір В. І., Пихтін М. П. Адміністративне право України : навчальний посібник: у 2х томах. Херсон: ПАТ «Херсонська міська друкарня», 2011. Т. 1. 320 с.
34. Галуцько В. В., Курило В. І., Короед С. О. та ін. Адміністративне право України. Загальне адміністративне право: навчальний посібник. Т.1. Херсон: Грінь Д.С., 2015. 272 с
35. Гальчук Р. Л. Механизм правового регулювання пограничної діяльності в Російській Федерації: сутність, структура и критерии ефективності : дисс... к.ю.н.:12.00.01.Белгород. гос. ун-т]. Белгород, 2008.188 с.54.
36. Голосніченко І. П. Адміністративне право України (основні категорії і поняття): посібник . Ірпінь, 1998. 108 с.
37. Горшнев В. М. Способы и организационные формы правового регулювання в социалистическом обществе. Москва: Юрид. лит, 1972. 258 с.
38. Денисенко В. В. Теория административно-деликтных отношений: дисс... докт. юрид. наук: 12.00.014. СПб., 2002. 394 с.
39. Деякі засади й принципи державного управління в країнах Європейського Союзу, що забезпечують відкритість й соціально-економічну ефективність влади. *Відомості із сайту ACADEMIA.ORG*. 2016. URL: <http://www.academia.org.ua/?p=972>
40. Дзяк Г.В., Березницький Я.С. Стандартизація стаціонарної медичної допомоги та її інформаційне забезпечення - шлях до реформування роботи лікувального закладу на засадах страхової медицини. Матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (27 лют. 2004 р., м. Київ). К., 2004. С. 196-198.
41. Діденко С. Адміністративно-правове забезпечення обігу та застосування зброї в Україні: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. К.: Відкрит. міжнар. ун-т розвитку людини «Україна», 2016. 443 с.
42. Дніпренко Н.К. Комунікація: демократичні стандарти в роботі органів державної влади: навч. посібник. К.: ТОВ «Вістка», 2008. С.41-42.

43. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. *Відомості із сайту EEAS.EUROPA*. 2016. URL: http://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf
44. Дьяченко В.Г. Якість в сучасній медицині. *Відомості із сайту MEDBIB*. 2007. URL: <http://medbib.in.ua/razrobotka-primenenie-standartov-pri.html>
45. Єрмолова Ю. В. Медичні стандарти та клінічні протоколи: імплементація світового досвіду у вітчизняну охорону здоров'я. МОРІОН. 2011. С. 12-30.
46. Єщук О.М. Адміністративно-правова охорона: теорія, практика та перспективи розвитку: дис... д-ра юрид. наук. Київ, Відкрит. міжнар. ун-т розвитку людини «Україна», 2017. С. 420.
47. Женевская декларация, принятая 2-й Генеральной ассамблеей ВМА, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 г. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. К., 1999. Відомості із сайту ВРУ. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>
48. Журавський. В. С., Серьогін В. О., Ярмиш О. Н. Державне будівництво та місцеве самоврядування в Україні: підруч. для студ. вищ. навч. закл. К.: Вид. дім "Ін Юре", 2003. 671 с.
49. Журбелюк Г. В. Інформаційно-рекламна діяльність і медичні послуги в Україні: історико-порівняльний аналіз. Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки. 2013. Т. 144-145. С. 138-141.
50. Загальна теорія держави і права. К., 2000. С. 217
51. Законодавство про адміністративні процедури. Протидія корупції. Альтернативний звіт. Відомості із сайту PRAVO. 2017. URL: <http://pravo.org.ua/ua/news/20872055-2.3.3.-zakonodavstvo-pro-administrativni-protseduri>

52. Зацна Л. Я. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку ринку медичних установ в умовах трансформації економіки. *Економіка Крима*. 2013. № 1. С. 363-367.
53. Заяць Г. С. Доступність медичних послуг у системі державних пріоритетів. *Економіка та держава*. 2012. № 11. С. 80-82.
54. Іванищук А. А. Адміністративно-правове регулювання діяльності судової гілки влади: теорія і практика: монографія. Київ: Університет «Україна», 2014. 356 с.
55. Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг. *Відомості із сайту ACADEMY.GOV*. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej6/txts/07igfsas.htm>
56. Кельман М. С., Мурашин О. Г. Загальна теорія держави та права: Підручник. К.: Кондор, 2005. с. 609
57. Кислий В. М. Методологія та організація наукових досліджень: конспект лекцій для студ. спец. 8.050201 "Менедж-мент організацій" усіх форм навчання. Суми: СумДУ, 2009. 111 с
58. Кісіль З. Р., Кісіль Р. В. Адміністративне право: навч. посів. 3-те вид. К. Алерта; ЦУЛ, 2011. 696 с.
59. Клименко Л.П., Пізінцалі Л.В., та ін. Метрологія, стандартизація та управління якістю. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2011. С.243.
60. Клінічні настанови. Реєстр медико-технологічних документів. *Відомості із сайту MTD.DEC*. 2017. URL: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/klinichni-nastanovu>
61. Ключко В. М. Види принципів державного управління в галузі охорони здоров'я України . *Державне будівництво*. 2009. № 1.
62. Кодекс України про адміністративні правопорушення : від 07.12.1984 р. ВВР Української РСР. 1984. Додаток до № 51.
63. Колодій А. М. Принципи права України : монографія. К. : Юрінком Інтер, 1998. 208 с.

64. Колодій А.М., Олійник А.Ю. Права людини і громадянина в Україні: навч. посіб. К.:2003. 325с.
65. Коломоєць Т. О. Адміністративне право України: підручник. Вид. 2, змін, і доп. 1С: Істина, 2012. 528 с.
66. Коломоєць Т. О. Адміністративне право України: підручник. Київ: Істина, 2008. 500 с.
67. Коломоєць Т.О. Методичний посібник з курсу «Адміністративне право України» для студентів юридичного факультету. Запоріжжя : ЗДУ, 2001. 207с.
68. Колпаков В. К. Адміністративне право України : підручник. К.: Юрінком Інтер. 1999. 736 с.
69. Колпаков В. К. Поняття форм публічного адміністрування. Адміністративне право і процес. 2012. № 2. с. 89 – 103.
70. Колпаков В. К., Кузьменко О. В., Пастух І. Д., Сущенко В. Д. та ін. Курс адміністративного права України: підручник. К.: Юрінком Інтер, 2012. 808 с.
71. Коляденко Н. В. Принципи біоетики як морально-правова основа розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Часопис Академії адвокатури України. 2014. № 1. С. 147-148.
72. Кононов П.И. Современное состояние и вопросы кодификации административно-процесуального законодательства. Журнал российского права. 2001. №7. С.24-31.
73. Конституція України: Верховна Рада України від 28.06.1996 р.. Відомості Верховної Ради України від 23.07.1996. № 30.
74. Контроль якості медичної допомоги в Україні – голий король?. *Відомості із сайту Ваше здоров'я*. 2017. URL: <http://www.vz.kiev.ua/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayini-golyj-korol/>
75. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України

№ 1164- р від 31.10.2011 р. Відомості із сайту ВРУ. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>

76. Котяш Л.П. Адміністративно-правове регулювання державної реєстрації юридичних осіб в Україні: дис. ... кандидата юрид. наук : 12.00.07. Відомості із сайту Науково дослідного інституту публічного права. SIPL. 2017. URL: http://sipl.com.ua/?page_id=4077

77. Кравцова Т. М. Поняття та принципи діяльності публічної адміністрації Форум права. 2010. № 4. С. 522-525.

78. Кринична І. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. *Теорія та історія публічного управління*. 2015. № 3 (17). С. 19–26.

79. Кузьмина М. Н. Юридический конфликт: теория и практика разрешения. М. : Юрлитинформ, 2008. 256 с

80. Кунєва З. Адміністративні формальності: поняття, сутність і зміст. Вісник Академії митної служби України. Серія: Право. 2015. № 1. С. 152 – 158.

81. Куценко В. Д. Адміністративно-правовий статус Державної судової адміністрації України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. НДПП. Київ, 2016. 223 с.

82. Лазур Я. В. Поняття, сутність та елементи адміністративно-правового механізму забезпечення прав і свобод громадян у державному управлінні. *Форум права*. 2009. № 3. С. 392-398.

83. Легеза Є. О. Поняття процедури надання адміністративних послуг міліцією громадської безпеки. Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. 2011. № 3. С. 116-122.

84. Лозинський Ю. Р. Форми і методи адміністративно-правової діяльності органів з протипожежної профілактики на залізничному транспорті. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія юридична. 2013. Вип. 4. С. 141-151.

85. Майданик Р.А. Аномалії в цивільному праві України : Навч.-практ. Посібник. К. : Юстиніан, 2007. 912 с.
86. Макарейко Н. В. Адміністративне право: конспект лекцій. Відомості із сайту PRAVOLIB. 2009. URL: <http://pravolib.pp.ua/ponyatie-elementy-i-mehanizma-administrativno-17420.html>
87. Малиновський В. Я. Державне управління: навч. посібник. К.: Атіка, 2003. 576 с.
88. Малиновський В. Я. Стан і перспективи адміністративної реформи в Україні. Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Сер. : Політологія. 2013. Т. 212. Вип. 200. С. 18-22.
89. Манохин В. М. Советская государственная служба .М. : Юрид. лит., 1966. С. 16.
90. Матеріали міжнародного семінару «Health system Developmentn» A Practical Approach. Швеція, м. Упсала. 2004.
91. Мащук В. Ю. Види адміністративних процедур: критерії класифікації. *Адміністративне право і процес*. 2014. № 1 (7). С. 60–67.
92. Медична реформа в питаннях і відповідях. *Відомості із сайту BBC*. 2017. URL: <http://www.bbc.com/ukrainian/features-41687466>
93. Медична реформа. Які зміни депутати внесли у закон і як це працюватиме. *Відомості із сайту TSN.UA*. 2017. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/medichna-reforma-yaki-zmini-deputati-vnesli-u-zakon-i-yak-ce-pracyuvatime-1017555.html>
94. Мелихов А. В. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный здоровью или жизни пациента: Вопросы теории и практики: дис.... к.ю.н.: 12.00.03. Волгоград, 2006. 190 с
95. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751. Відомості із сайту ВРУ. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12>
96. Мехтієва Т. В. Курс адміністративного права України: підручник. К.: Юрінком Інтер, 2012. 808 с.

97. Миколенко О. І. Місце адміністративного процедурного права в системі юридичних знань та системі права України : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07; Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2011. 40 с.
98. Михайлов С. В. Третейський розгляд справ щодо надання неякісних медичних послуг. *Право і Безпека*. 2009. № 2. С. 177-181.
99. Навроцький О. Основні форми публічного адміністрування прав дитини. *Підприємництво, господарство і право. Адміністративне право і процес*. 2017. №9. С. 141-145
100. Нагребецкий А. Здравоохранение Франции. *Сведения с сайта SOS-SYSTEM*. 2007. URL: http://sos-system.org.ua/?page_id=90
101. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2006. 20 с.
102. Надюк З. О. Удосконалення державного контролю за дотриманням стандартів надання медичних послуг. *Державне будівництво*. 2007. № 2.
103. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. *Відомості із сайту MOZ*. 2015. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
104. Нацслужба здоров'я: постанова про створення вже готова – Супрун. *Відомості із сайту GLAVCOM*. 2017. URL: <https://glavcom.ua/news/nacsluzhba-zdorovya-postanova-pro-stvorenniya-vzhe-gotova-suprun-448145.html>
105. Новий контракт МОЗ з компаніями що провалили закупівлі попередніх років. *Відомості із сайту NIN.ORG*. 2017. URL: <http://nin.org.ua/ua/головна/новий-контракт-моз-з-компаніями-що-про/>
106. Общие дозволения и общие запреты в советском праве. Ред. Л.А.Плеханова. М.: Юрид. лит., 1989. 288 с.
107. Овчарук С. С. Місце адміністративних процедур у системі процесуального права. *Публічне право*. 2013. № 1. С. 98-106.

108. Олійник А. Ю. Теорія держави і права : навч. посіб. К. : Юрінком Інтер, 2001. 176 с.
109. Опацький Р.М. Форми діяльності публічної адміністрації у сфері реалізації ювенальної політики. *Порівняльно-аналітичне право*. 2013. № 3-1. С. 252-256.
110. Організація роботи закладу: лікувально-діагностичний процес. *Відомості із сайту EGOLOVLIKAR*. 2016. URL: <http://egolovlikar.mcfr.ua/article.aspx?aid=489141>
111. Орехов С. М. Адміністративно-правове регулювання в галузі стандартизації, якості продукції, метрології і сертифікації: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07; Міжрегіон. акад. упр. персоналом. К., 2011. 20 с.
112. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992. № 2801-XII. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1993, № 4, ст.19
113. Паненко В. Розроблюємо Порядки надання медичної допомоги у структурних підрозділах. Управління закладом охорони здоров'я. *Відомості із сайту EGOLOVLIKAR*. 2016. URL: <http://egolovlikar.mcfr.ua/article.aspx?aid=489135&token=7cb91a73-bcaa-11a0-e07d-2d01a997f404&ttl=7888&ustp=W>
114. Пелагеша О. Г. Адміністративно-правове забезпечення трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». К., 2012. 198 с.
115. Петков С. В. Римське право як основа для побудови сучасної ефективної публічно-правової моделі відносин між владою та громадянином: питання юридичної деліктології. *Форум права*. 2011. № 1. С. 756-770.
116. Пиголкин А.С., Головистикова А.Н., Дмитриев Ю.А., Саидов А.Х. *Теория государства и права: ученик*. М.: Юрайт-Издат, 2005. 613 с.
117. Пилипів Р. Новий погляд на класифікацію форм і методів адміністративної діяльності патрульної поліції за законодавством України. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2016. № 5/2. С. 125–131.

118. Підаєв А.В. Панорама охорони здоров'я населення України. К. : Здоров'я, 2003. 328 с.
119. Підгорний Б. А. Методи адміністрування протидії незаконного обігу синтетичних наркотичних засобів: поняття та види. Науковий вісник Ужгородського національного університету : серія: Право; голов. ред. Ю.М. Бисага. Ужгород : Видавничий дім «Гельветика», 2015. Вип. 32. Т. 3. С. 60–64.
120. Підрозділи МОЗ. *Відомості із сайту MOZ*. 2017. URL: <http://moz.gov.ua/struktura>
121. Подлінув С. Д. Адміністративна деліктологія: навчально-методичний посібник. К.: Юридична література, 1999. 54 с.
122. Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012. №751. Офіційний вісник України. 2012 р. № 95, стор. 174.
123. Пономаренко В.М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації. К. : Український інститут громадського здоров'я, 2000. 346 с.
124. Попов Л. Л. Административное право России: ученик. М.: Проспект, 2010. 752 с.
125. Порядок надання медичної допомоги іноземцям: законодавчі вказівки. *Відомості із сайту MEDSPRAVA*. 2014. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/931-poryadok-nadannya-medichno-dopomogi-nozemtsyam-zakonodavch-vkazvki>
126. Порядок надання медичної допомоги у приймальному відділенні – зразок оформлення. *Відомості із сайту MEDSPRAVA*. 2017. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/1078-poryadok-nadannya-medichno-dopomogi-u-priymalnomu-vddlenn-zrazok-oformlennya>
127. Пояснювальна записка до Проекту Закону про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів від

10.04.2017. *Відомості із сайту ВРУ*. 2017. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566

128. Про акредитацію закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 29.09.1997 р. № 287. *Відомості із сайту ВРУ*. 2007. URL: <http://www.portal.rada.gov.ua>

129. Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту: Закон України від 08.03.2011. ВВР. 2012. № 16. С. 702.

130. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2017. № 21. ст.245.

131. Про внесення змін до Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення та затвердження Порядку перевірки матеріалів, доданих до заяви про державну реєстрацію окремих лікарських засобів, щодо їх обсягу: Наказ МОЗ від 3.07.2015 № 460. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1210-15>

132. Про державну службу: Закон України від 16 грудня 1993 року №3723-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 52. Ст. 490.

133. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності»: Закон від 11 вересня 2003 року. *Відомості Верховної Ради України*. 2004. № 9. Ст. 79.

134. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996. Урядовий кур'єр. 26.09.1996. № 1138.

135. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету міністрів України від 25.03.2015. №267. Офіційний вісник України. 2015. № 38. стор. 86.

136. Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. №765. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://www.portal.rada.gov.ua> – 10.10.2007.

137. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України, які [...]: Постанова Кабінету Міністрів України від 19.03.2014. № 121. *Урядовий кур'єр*. 2014. № 80.

138. Про затвердження Порядку проведення атестації та акредитації лабораторій з контролю якості та безпеки лікарських засобів: Наказ МОЗ України від 14 січня 2004 р. № 10. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://www.portal.rada.gov.ua> – 10.10.2007.

139. Про затвердження тимчасового розподілу обов'язків між в. о. Міністра охорони здоров'я України та заступниками Міністра, Порядку взаємозаміщення в. о. Міністра охорони здоров'я України та заступників Міністра на час їх тимчасової відсутності: Наказ МОЗ від 8 серпня 2017 року №913. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://www.apteka.ua/article/421632>

140. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000. № 1313/2000. *Офіційний вісник України*. 2000 р. № 49.

141. Про охорону здоров'я: Закон Української Радянської Соціалістичної Республіки від 15.07.1971. № 27-VIII. *Відомості із сайту LIGA:ZAKON*. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T710027.html

142. Про принципи належної фармакотерапевтичної практики та запобігання поліпрагмазії: Наказ МОЗ України від 26.07.2013. №651. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/rada/show/v0651282-13/card6#Public>

143. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 .№ 1338-VIII. Відомості із сайту ВРУ. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>

144. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 28.09.2012. № 751. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12/paran22#n22>

145. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 22.07.2009. № 529. *Відомості із сайту ВРУ*. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>

146. Про центральні органи виконавчої влади: Закон України від 17 березня 2011 року № 3166-VI . Офіційний вісник України. 2011. № 27.

147. Протасов В. Н. Теория права и государства. Проблемы теории права и государства: Вопросы и ответы. М. : Новый Юрист, 1999. 240 с

148. Рабінович П. М. Основи загальної теорії держави і права. Київ: Атіка, 1995. 176 с.

149. Регламент Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 9 листопада 2011 року № 1156. Офіційний вісник України. 2011. № 88. Ст. 3199.

150. Риндюк В. І. Удосконалення законодавства: поняття, форми. Правова держава : щорічн. наук. пр. Ін-т держ. і права ім. В.М. Корецького НАН України. Київ, 2011. № 22. С. 191–198.

151. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від

29.05.2002 № 10-рп/2002. Відомості із сайту LIGAZAKON. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KS02042.html

152. Розроблено проект Закону України «Про фармацевтичне самоврядування». *Відомості із сайту ГАЗЕТА «АПТЕКА»*. 2015. URL: <http://www.apteka.ua/article/330996>

153. Рудницький С. Категорія «механізм» у суспільних науках. *Відомості із сайту SOCIAL-SCIENCE*. 2011. URL: <http://social-science.com.ua/article/630>

154. Рудниченко С. М. Адміністративно-правове регулювання діяльності державної судової адміністрації України: ... канд. юрид. наук: 12.00.07. НДПП. Київ, 2017. 226 с.

155. Савенко М. Конституційний Суд і омбудсмен у державному механізмі захисту прав та свобод людини і громадянина. *Вісник Конституційного Суду України*. 2000. № 1.

156. Саглаєва Н. О. Принципи правового регулювання як самостійна юридична категорія. *Актуальні проблеми держави і права*. 2012. Вип. 64. С. 110-116.

157. Салухіна Н. Г., Язвінська О. М. Стандартизація та сертифікація товарів і послуг: підручник. К.: Центр учбової літератури, 2010. 336 с.

158. Самофал М. М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг. *Вісник Вищої ради юстиції*. 2013. № 1. С. 153-162.

159. Селіванов А.О. Становлення судової влади на шляху побудови правової держави. *Організація судової влади в Україні: перший аналіз нормативного змісту Закону України «Про судоустрій України»*. К., 2002. С.10.

160. Семенов В. М. Конституционные принципы гражданского судопроизводства. М. : Юрид. лит., 1982. 150 с.

161. Сингаевская Т. Эффективное, грамотное управление медицинской организацией невозможно без обеспечения качества выполняемых медицинских услуг. *Сведения с сайта LIKAR.INFO*. 2010.

URL: <http://www.likar.info/coolhealth/article-45794-standarty-upravleniya-kachestvom-meditsinskih-uslug/>

162. Сироткина А. А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования : диссертация ... кандидата юридических наук : 12.00.03. Москва, 2004. 173 с

163. Скрипник О. А. Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: структурно-функціональний підхід : дисерт. наукове дослідження. ДРІДУ НАДУ, 2011. 182 с.

164. Смілий І. А. Форми та методи діяльності Державної міграційної служби України щодо протидії адміністративним правопорушенням іноземців. *Публічне право*. 2013. № 2. С. 355-361.

165. Степаненко А. В. Роль галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я у забезпеченні принципів раціональної фармакотерапії. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2013. № 1. С. 37-40.

166. Стефанчук Р. О. Кодифікація медичного законодавства в Україні: pro et contra. *Публічне право*. 2016. № 3. С. 27-34.

167. Стеценко С. Г. Адміністративне право України : навчальний посібник. К. : Атіка, 2007. 624 с.

168. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник. К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.

169. Стець О. М. Принципи управління державною службою в Україні. *Актуальні проблеми держави і права*. 2011. Вип. 57. С. 98-106.

170. Стризреп Т. Фінансування охорони здоров'я у деяких європейських країнах *Відомості із сайту WB.MOZ*. URL: <http://wb.moz.gov.ua/download /infomfile/a27cdb0f210e2b4/>

171. Суспільні відносини. *Відомості із сайту SVITOHLYAD*. 2013. URL: <http://svitohlyad.com.ua/novyny-i-suspilstvo/suspilni-vidnosyny/>

172. Сущенко Д. В. Про адміністративні процедури та адміністративні послуги в Україні. Прикарпатський юридичний вісник. 2016. Вип. 6. С. 139-144.
173. Талапина Є. В. Административне процедури и право. Журнал российского права. 2002. №4. С.3-13.
174. Тарифи на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України»: Наказ МОЗ від 28.09.2017 № 1189. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1360-17>
175. Уварова О. О. Принципи права як загальнотеоретична категорія. Юрист України. 2011. № 4(17). С. 5-10.
176. Устінов О. Програма Президента України щодо реформування медичної галузі. *Відомості із сайту АПТЕКА*. 2010. URL: <http://www.apteka.ua/articl/46416>
177. Фатеев П. П. Понятие структура механизма административно-правового регулирования. Научный весник Уральской академии государственной службы. 2010. № 3 (12). С. 18-21.
178. Филатова А. В. Регламенты и процедуры в сфере реализации государственного контроля (надзора): монографія. Саратов, 2009. 208 с.
179. Филипченко Є. П. Особливості методів діяльності органів внутрішніх справ України щодо забезпечення прав і свобод неповнолітніх. *Право і Безпека*. 2010. № 3. С. 109-113.
180. Фролов Ю. М. Адміністративні процедури: зміст та особливості. *Форум права*. 2013. № 3. С. 692–698.
181. Харитоновна О. І. Деякі проблеми загальної теорії правовідносин. *Актуальні проблеми держави і права*. 2003. Вип. 21. С. 75-84.
182. Чернецький В. Ю. Принципи організації системи охорони здоров'я населення. *Теорія та практика державного управління*. 2012. Вип. 4. С. 278-285.

183. Чому це Ілік раптом схаменувся будувати «ринок медичних послуг міжнародного рівня»? *Відомості із сайту TRIGGER*. 2016. URL: <http://trigger.in.ua/de-facto/chomu-tse-ilik-raptom-shamenuvsya-buduvati-rinok-medichnih-poslug-mizhnarodnogo-rivnya.html>

184. Шевченко Е. О. Визначення поняття адміністративно-правових відносин з урахуванням пріоритетного значення та ролі в них суб'єкта адміністративного права (на прикладі адміністративного суду). *Форум права*. 2011. № 1. С. 1116-1122.

185. Шевчук І. Б. Регіональна політика формування ринків медичних послуг в Україні: принципи реалізації та показники ефективності. *Економіка і регіон*. 2014. № 3. С. 47-51.

186. Шевчук Н. В. Принципи адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я на регіональному рівні. *Публічне право*. 2013. № 4. С.80-86.

187. Шекера О.Г Міжнародний досвід організації медичної допомоги. *Відомості із сайту «ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА»*. URL: http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58

188. Шканова О. М. Маркетинг послуг: навч. посіб. К.: Кондор, 2008. 304 с.

189. Штерн К. В. Медицинская услуга с позиций определения понятия медицинской помощи. *Медицина в Кузбассе*. 2007, № 4. С. 3–6.

190. Щёкин Г. В. Социальная теория и кадровая политика: монография. К: МАУП, 2000. 576 с.

191. Ярош Н. П. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1. С. 95–100.

192. Armenians struggle for health care and medicines. Information from the site BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009. URL:

193. Fayol H. Industrial and General Administration. Geneva: International Manag. Inst., 1930.

194. Health Care System and Health Policy in Australia. Information from the site COMMONWEALTH FUND. URL: http://www.commonwealthfund.org/grants-and-fellowships/fellowships/australian-american-health-policy_fellowship/health-care-system-and-health-policy-in-australia
195. Healthcare in Belarus. Information from the site EUROPE-CITIES. URL: <http://www.europe-cities.com/destinations/belarus/health/>
196. Healthcare in Lithuania. Information from the site TRUELITHUANIA. 2016. URL: <http://www.truelithuania.com/healthcare-in-lithuania-3398>
197. Hovhannisyan Samvel G. Health care in Armenia. National Library of Medicine. Information from the site NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. 2004. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC516090/>
198. Law of the republic of moldova: About health protection. March 28, 1995 No. 411-XIII. Information from the site CIS-LEGISLATION. URL: <http://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=3461>
199. Lucinda Glover. The Australian Health Care System. Information from the site COMMONWEALTH FUND. 2016. URL
200. Ministry of Health of the Republic of Armenia. Unified family medicine curriculum. Yerevan: Ministry of Health, 2003.
201. National Assembly of the Republic of Armenia. Law About Mental Care. Yerevan: Government of Armenia, 2004.
202. Public Healthcare & Services in Finland. Information from the site EXPAT FINLAND. 2015. URL: https://www.expats-finland.com/living_in_finland/public_healthcare.html
203. The healthcare system in Lithuania. Information from the site INTUITION COMMUNICATION. 2017. URL:
204. Viktoras Meižis. The Healthcare System in Lithuania. Information from the site HEALTHMANAGEMENT. 2013. URL: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/the-healthcare-system-in-lithuania>

ДОДАТКИ

Додаток А

**СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ
в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:**

1. Маркіна А. Принципи надання медичних послуг в Україні. *Боротьба з організованою злочинністю і корупцією (теорія і практика)*. 2015. № 2. С. 112-119.
2. Маркіна А. Методи адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2016. Випуск 41. Т. 3. С. 101-106.
3. Маркіна А. Административная ответственность в сфере оказания медицинских услуг в Украине. *Право и Политика*. 2016. № 4. С. 95-100. (Киргизія).
4. Маркіна А. Стандарти надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2017. Випуск 6. С. 207-212.
5. Маркіна А. Медичні послуги як об'єкт адміністративно-правових відносин в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2017. Випуск 5. С. 147-153.
6. Маркіна А. Форми адміністративної діяльності публічної адміністрації щодо адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2017. Випуск 2. Т. 3. С. 112-117.
7. Маркіна А. Понятие и элементы механизма административно-правового регулювання предоставления медицинских услуг в Украине. *Право и Закон*. 2017. № 3. С. 127-131. (Киргизія).

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Маркіна А. Публічна адміністрація в сфері регулювання надання медичних послуг в Україні. *Юридичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 12-13 травня 2017 р.). Київ: Центр правових наукових досліджень, 2017. С. 77-79.

9. Маркіна А. Перспективи розвитку міжбюджетних трансфертів у зв'язку з децентралізацією влади. *Вплив юридичної науки на розвиток міжнародного та національного законодавства: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Харків, 17-18 лютого 2017 р.). Харків: ГО «Асоціація аспірантів- юристів», 2017. С. 39-43.

10. Маркіна А. Удосконалення адміністративного законодавства у сфері надання медичних послуг в Україні. *Правове регулювання суспільних відносин: актуальні проблеми та вимоги сьогодення: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Запоріжжя, 22-23 липня 2016 р.). Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2016. С. 96-98.

БЛАНК
соціологічного опитування громадян щодо якості надання
медичних послуг

Шановний респонденте! Вашій увазі надається бланк соціологічного опитування щодо якості надання медичних послуг. Опитування є анонімним, відповідно просимо Вас надати правдиві відповіді. На кожне питання треба надати відповідь – наприклад, «Так» або «Ні» у графі навпроти шляхом постановлення позначки (наприклад, «+», або «V»). Результати Вашої активної громадянської позиції буде використано для розроблення рекомендацій щодо вирішення проблем пов'язаних із якістю надання медичних послуг в Україні. Дякуємо Вам за участь!

Чи задоволені Ви якістю надання медичних послуг у вітчизняних державних і комунальних медичних закладах?			
Так		Ні	
Чи потрібно вживати заходи щодо покращення якості надання медичних послуг?			
Так		Ні	
Як ви оцінюєте рівень регулювання галуззю охорони здоров'я з боку держави, зокрема в аспекті надання медичних послуг ?			
Високий	Достатній	Низький	Дуже низький
Чи звертаєтесь Ви до закладів охорони здоров'я приватної форми власності частіше аніж до державних чи комунальних в зав'язку з тим, що останні надають не якісні медичні послуги ?			
Так		Ні	
Чи потрібна реформа системи охорони здоров'я, зокрема в аспекті надання медичних послуг?			
Так		Ні	

РЕЗУЛЬТАТИ
соціологічного опитування громадян щодо якості надання
медичних послуг

Вибірковим анкетуванням було охоплено 382 респонденти. Час проведення анкетування – перше півріччя 2017 і початок 2018 року. 12% респондентів відмовилися відповідати на питання з причин браку часу та роздратованості, викликаної складною ситуацією в державі.

Чи задоволені Ви якістю надання медичних послуг у вітчизняних державних і комунальних медичних закладах?			
Так		Ні	
29%		71%	
Чи потрібно вживати заходи щодо покращення якості надання медичних послуг?			
Так		Ні	
83%		17%	
Як ви оцінюєте рівень регулювання галуззю охорони здоров'я з боку держави, зокрема в аспекті надання медичних послуг ?			
Високий	Достатній	Низький	Дуже низький
3%	12%	52%	33%
Чи звертаєтесь Ви до закладів охорони здоров'я приватної форми власності частіше ніж до державних чи комунальних в зав'язку з тим, що останні надають не якісні медичні послуги ?			
Так		Ні	
63%		37%	
Чи потрібна реформа системи охорони здоров'я, зокрема в аспекті надання медичних послуг?			
Так		Ні	
59%		41%	

ПРОЕКТ**ЗАКОН УКРАЇНИ****«Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення відносно відповідальності в сфері надання медичних послуг»****Верховна Рада України постановляє:**

І. Внести до Кодексу України про адміністративні правопорушення (80731-10) (Відомості Верховної Ради УРСР, 1984 р., додаток до N 51, ст. 1122) такі зміни:

1. Главу 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» доповнити:

- статтею 46-3 «Дрібна лікарська помилка»

«Дрібна лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування без спричинення тяжких наслідків для здоров'я пацієнта і носить технічний, організаційний, тактичний характер – тягне за собою накладення штрафу від десяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

- статтею 46-4 «Пропаганда лікарських засобів»

«Нав'язування закладам охорони здоров'я представниками фармацевтичних фірм та дистриб'юторами лікарських засобів конкретного препарату, за реалізацію якого виплачується відсоткова винагорода –

тягне за собою накладення штрафу на громадян від двадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на юридичних осіб - від двадцяти п'яти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

- статтею 46-5 «Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів»

«Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів –

тягне за собою накладення штрафу від десяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян»;

- статтею 46-6 «Розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта»

«Розголошення відомостей про стан здоров'я особи та надання їй медичної допомоги, зокрема діагностичних та лабораторних досліджень без згоди особи або без згоди її законного представника –

тягне за собою накладення штрафу від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.».

2. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування.

**Голова
Верховної Ради України**

А.В. ПАРУБІЙ

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до проекту Закону України «Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення відносно відповідальності в сфері надання медичних послуг»

1. Обґрунтування необхідності прийняття акта

Будь-яка країна, зокрема і Україна прагне розбудовуватись, орієнтуючись на основні потреби свого населення. У свою чергу здоров'я є одним з основних чинників, які відіграють визначальну роль під час реалізації заявленого вище завдання.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада дала старт медреформі, остаточно ухваливши Закон «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (№6327). Законодавчі зміни торкнуться не тільки сфери фінансування медичних послуг, а й усієї системи правового регулювання галузі охорони здоров'я, оскільки вбачається, що саме проблеми її функціонування є стрижнем її дисфункціональності. Адміністративне законодавство в світлі реформаційних змін потребує негайного оновлення, що більшій мірі стосується запровадження відповідальності за порушення надання медичних послуг.

2. Цілі і завдання прийняття акта

Метою Закону України «Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення відносно відповідальності в сфері надання медичних послуг» є вдосконалення процедури надання медичних послуг.

Досягнення поставленої мети, у більшій мірі полягає в забезпеченні принципу невідворотності покарання за найбільш суспільно небезпечними адміністративними правопорушеннями.

Удосконалення законодавства в аналізованій сфері передбачає доповнення глави 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» КУпАП новими складами правопорушень у сфері надання медичних послуг, зокрема:

– «Дрібна лікарська помилка». Під нею слід розуміти неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування без спричинення тяжких наслідків для здоров'я пацієнта і мають технічний, організаційний, тактичний характер. Відповідальність за порушення такого делікту передбачає накладення штрафу від десяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

– «Пропаганда лікарських засобів». Тобто нав'язування закладам охорони здоров'я представниками фармацевтичних фірм та дистриб'юторами лікарських засобів конкретного препарату, за реалізацію якого виплачується відсоткова винагорода. Відповідальність за порушення такого делікту передбачає накладення штрафу на громадян від двадцяти до тридцяти

неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на юридичних осіб – від двадцяти п'яти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

– «Порушення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів», за порушення яких застосовується накладення штрафу від десяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

– «Розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта», зокрема діагностичних та лабораторних досліджень, без згоди особи або без згоди її законного представника. Відповідальність за порушення цього делікту передбачає накладення штрафу від п'ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

3. Стан нормативно-правової бази

– Кодекс України про адміністративні правопорушення;

– Проект Закону відповідає Конституції України та іншим актам вищої юридичної сили, узгоджується з актами такої самої юридичної сили, не належить до сфери правового регулювання Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, пріоритетних сфер адаптації законодавства України до *acquis communautaire*, не потребує проведення гендерно-правової експертизи;

– реалізація положень проекту Закону України «Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення відносно відповідальності в сфері надання медичних послуг» після його прийняття не потребуватиме внесення змін до інших законів України.

4. Фінансово-економічне обґрунтування

Реалізація проекту Закону не потребує додаткових видатків державного бюджету.

5. Регіональний аспект

Проект Закону не стосується питань розвитку адміністративно-територіальних одиниць.

6. Запобігання дискримінації

У проекті Закону відсутні положення, які містять ознаки дискримінації.

7. Запобігання корупції

У проекті Закону відсутні правила і процедури, які можуть містити ризики вчинення корупційних правопорушень.

8. Громадське обговорення

Проект Закону не потребує проведення консультацій з громадськістю.

9. Оцінка регуляторного впливу

Проект Закону не є регуляторним актом.

10. Вплив реалізації акта на ринок праці

Реалізація проекту Закону не має впливу на ринок праці.

11. Прогноз результатів

Прийняття положень законопроекту надасть змогу модернізувати систему охорони здоров'я загалом та окремо надання якісних, доступних, достатніх і належних медичних послуг.

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проекту Закону України «Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення відносно відповідальності в сфері надання медичних послуг»

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) проекту акта
Кодекс України про адміністративні правопорушення (80731-10) (Відомості Верховної Ради УРСР, 1984 р., додаток до N 51, ст. 1122)	
відсутня	<p>Стаття 46-3. Дрібна лікарська помилка</p> <p>Дрібна лікарська помилка – неправомірні дії медичного персоналу, що спричинили порушення надання якісного, достатнього, допустимого та належного медичного обслуговування без спричинення тяжких наслідків для здоров'я пацієнта і мають технічний, організаційний, тактичний характер –</p> <p>тягне за собою накладення штрафу від десяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.</p>
відсутня	<p>Стаття 46-4. Пропаганда лікарських засобів</p> <p>Нав'язування закладам охорони здоров'я представниками фармацевтичних фірм та дистриб'юторами лікарських засобів конкретного препарату, за реалізацію якого виплачується відсоткова винагорода –</p> <p>тягне за собою накладення штрафу на громадян від двадцяти до</p>

<p>відсутня</p>	<p>тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на юридичних осіб – від двадцяти п’яти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.</p> <p>Стаття 46-5. Порухення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів</p> <p>Порухення норм постачання, зберігання та провізерства лікарських засобів –</p> <p>тягне за собою накладення штрафу від десяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.</p>
<p>відсутня</p>	<p>Стаття 46-6. Розголошення відомостей про стан здоров’я пацієнта</p> <p>Розголошення відомостей про стан здоров’я особи та надання їй медичної допомоги, зокрема діагностичних та лабораторних досліджень, без згоди особи або без згоди її законного представника –</p> <p>тягне за собою накладення штрафу від п’ятдесяти до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.</p>

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Науково-дослідного інституту
публічного права,
доктор юридичних наук, професор
В.В. Галуцько

« 4 »  2017 р.

АКТ

упровадження результатів дисертаційного дослідження
«Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні»
Маркіної Анни Миколаївни на здобуття наукового ступеня кандидата
юридичних наук у науково-дослідну діяльність Науково-дослідного інституту
публічного права

Комісією Інституту було розглянуто результати використання матеріалів дисертаційного дослідження на тему: «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни. Під час обговорення наданих матеріалів щодо використання їх у науковій діяльності комісією було констатовано, що окремі положення вказаного вище дослідження використовуються у науково-дослідній діяльності Науково-дослідного інституту публічного права, а саме для подальшої теоретичної розробки питань адміністративно-правового регулювання галузі охорони здоров'я, вивчення проблем її дисфункціональності, зокрема і в сфері надання медичних послуг.

Отже, результати дисертаційного дослідження на тему: «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни мають вагомий цінність для наукової діяльності Науково-дослідного інституту публічного права.

ВИСНОВОК: результати дисертаційного дослідження на тему: «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни вважати впровадженими в науково-дослідну діяльність Науково-дослідного інституту публічного права.

Члени комісії:

Завідувач відділу науково-правових експертиз
та законопроектних робіт,
кандидат юридичних наук



К.М. Куркова

Завідувач відділу проблем виробничого
підприємництва і міжнародної торгівлі,
кандидат юридичних наук



В.Ю. Оксін

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступник директора
з навчальної роботи
Інституту права та суспільних відносин
Відкритого міжнародного університету
розвитку людини «Україна»
к.ю.н.

І.Г. Орловська

**АКТ**

упровадження результатів дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук Маркіної Анни Миколаївни з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» у навчальний процес Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»

Комісією Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» було розглянуто результати використання матеріалів дисертаційного дослідження з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни. Під час обговорення наданих матеріалів комісією було констатовано, що окремі положення дослідження було використано в розробленні лекційних курсів з дисциплін, які викладаються на кафедрі, а саме «Адміністративне право», «Судові і правоохоронні органи України», підготовці відповідних підручників, навчальних посібників, а також у контексті дисциплін, які викладаються на інших кафедрах.

Лекційний курс окремих тем навчальних дисциплін увібрав положення дисертаційного дослідження з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни.

Загалом можна зазначити, що результати дисертаційного дослідження з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни мають певну цінність для підготовки студентів за напрямом підготовки «Правознавство».

ВИСНОВОК: результати дисертаційного дослідження з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни вважати впровадженими в навчальному процесі Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна».

Члени комісії:

Заступник директора з
профорієнтаційної та методичної роботи
Інституту права та суспільних відносин

Доцент кафедри конституційного,
адміністративного права
та соціально-гуманітарних дисциплін
Інституту права та суспільних відносин,
к.ю.н.

О. О. Фаст

Є. В. Сердюк

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор Національного інституту раку



О.О. Колеснік

від «02» жовтня 2017р.

АКТ

упровадження результатів дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук Маркіної Анни Миколаївни з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» у практичну діяльність Національного інституту раку»

Комісією Національного інституту раку було розглянуто результати використання матеріалів дисертаційного дослідження з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни. Під час обговорення наданих матеріалів комісією було констатовано, що окремі положення вказаного вище дослідження було використано в Національного інституту раку, а саме стосовно модернізування системи надання медичних послуг та адміністративної діяльності управлінського персоналу закладу охорони здоров'я з метою врегулювання нових, динамічно сформованих політичних, економічних і соціальних суспільних відносин у цій сфері.

ВИСНОВОК

Результати дисертаційного дослідження з теми «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» Маркіної Анни Миколаївни вважати впровадженими у практичну діяльність Національного інституту раку

Заступник директора
з наукової роботи,
д. м. н., професор

С.І. Коровін