

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО ПРАВА
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО ПРАВА

*Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису*

ІВАНОВ АНТОН ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 342.9(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ
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. О. Іванов

Науковий керівник: **Миськів Леся Ігорівна**

доктор юридичних наук, доцент

Київ – 2020

АНОТАЦІЯ

Іванов А.О. Адміністративно-правові засади 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, Науково-дослідний інститут публічного права, Київ, 2020.

У дисертації наводиться теоретичне узагальнення та нове вирішення наукового завдання, яке полягає у визначенні сутності та особливостей адміністративно-правових засад надання медичних послуг в Україні та окресленні шляхів вдосконалення адміністративного законодавства, норми якого регулюють правовідносини у цій сфері.

Обґрунтовується, що медична послуга і медична допомога не тотожні поняття. Це пояснюється тим, що медична послуга є більш вузькою категорією ніж медична допомога через те, що вона має договірний характер, зосереджується на домовленостях між контрагентами, що передбачають персоналізацію та зазвичай включає платність її надання, чого не можна сказати про «медичну допомогу». Так як остання може включати в себе і комплекс медичних послуг, який надається всім фізичним особам без виключення.

Відзначається, що складність у визначенні поняття «медична послуга» безпосередньо пов'язана зі складністю поняття «послуги» яке є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності суб'єктів, які беруть на себе обов'язок щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ, що повинно призвести до корисного ефекту.

Зазначено, що досягнення і подолання сучасного правового регулювання надання медичних послуг у значній мірі обумовлені історичними аспектами

становлення та розвитку української державності та національної системи права.

Акцентується увага, що однією із особливостей, що обумовлюють розвиток правового регулювання медичних послуг сьогодні, є курс України на європейську інтеграцію, що обумовлює активне впровадження в нашої державі відповідних європейських стандартів, гармонізацію українського законодавства з правом Європейського союзу, де зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя та гідного існування людини, а охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання, що в свою чергу стає детермінантом для розробки ефективної нормативної бази необхідної для реалізації громадянами права на медичні послуги.

Аргументовано, що на сьогоднішній день в нашої державі не сформовано галузь медичного права, а тому медичні правовідносини, які виникають при наданні медичних послуг та медичної допомоги, базуються на засадах і нормах цивільного, адміністративного права, права соціального забезпечення, тощо, а також інших галузей права, що свідчити про певну комплексність та різноплановість медичного законодавства.

Доведено, що регулювання правовідносин в сфері надання медичних послуг поєднує імперативний та диспозитивний методи впливу. Тобто норми адміністративного права діють, коли йдеться про впорядкування взаємовідносин суб'єктів публічного управління із суб'єктами надання медичних послуг.

З'ясовано, що механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні представляє собою сукупність засобів владно-правового впливу, які використовуються для врегулювання відносин управлінського характеру в сфері надання матеріальних або нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного та (або) психічного здоров'я

населення, з метою забезпечення отримання ними якісного лікарського чи естетичного ефекту. Виокремлено найбільш характерні ознаки даного механізму.

Підкреслено, що механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є специфічним адміністративно-правовим комплексним утворенням, що поєднує інтереси суб'єктів адміністративного права з цінностями, які перебувають під захистом та загалом забезпечується державою, і доводить процес публічного управління та надання медичних послуг до логічного результату.

Встановлено, що суб'єктами, які визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні, є органи публічної влади загальної та спеціальної компетенції, що системно та систематично взаємодіють між собою з питань державного управління сферою охорони здоров'я.

Обґрунтовано висновок, що юридична відповідальність за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні, являє собою забезпечений силою державного впливу (аж до примусу) обов'язок особи, яка вчинила дане порушення, зазнати для себе певних негативних наслідків (позбавлень, обмежень тощо), вид та міра, а також підстави, порядок і межі застосування яких визначаються законом.

Констатовано, що роль адміністративної відповідальності, як засобу забезпечення режиму законності та захисту прав і законних інтересів у сфері надання медичних послуг в Україні, значно менша, порівняно із кримінальною та цивільно-правовою відповідальністю, що є суттєвим недоліком. Оскільки механізм притягнення працівників медичної сфери до кримінальної відповідальності в нашій державі не має належного рівня ефективності, а цивільно-правова відповідальність захищає лише права

окремих осіб, і не забезпечує захисту публічних інтересів, тобто інтересів суспільства та держави.

Обґрунтовується наукова думка про те, що розробка єдиного кодифікованого акту є важливим кроком у напрямку вдосконалення правового регулювання сфери медичних послуг, він має розвинути конституційні гарантії захисту життя та здоров'я людини, комплексно і системно, тобто послідовно та органічно, врегулювати не лише державні фінансові, але й організаційно-управлінські, юридичні, етичні та інші важливі засади і гарантії надання медичних послуг, з урахуванням реалій сьогодення та намічених векторів і перспектив подальшого розвитку галузі медичного обслуговування.

Констатовано, що, незважаючи на ряд змін і перетворень, які відбулися протягом останніх років у сфері охорони здоров'я, правові засади надання медичних послуг в нашій державі все ще мають суттєві проблемні моменти, вирішення яких потребує більш ретельної уваги, з боку держави в особі її компетентних органів і посадових осіб.

Обґрунтовується наукова думка про те, що необхідно вдосконалювати механізм державного реагування на звернення громадян до контролюючих органів із відповідними заявами, скаргами з питань медичного обслуговування. Адже сьогодні дана форма контролю має досить низький рівень ефективності, оскільки, як правило, не призводить до реального захисту прав і законних інтересів користувачі медичних послуг, а лише зводиться до формальних відписок.

Доведено, що запровадження продуманої системи обов'язкового медичного страхування має суттєво підвищити ефективність контролю за якістю та законністю надання медичних послуг. Адже страхування впровадження страхування передбачає чітке визначення умов та критеріїв його здійснення, що сприяє конкретизації об'єкта та предмету контролю, а

відповідно і визначенню форм і методів його здійснення. Крім того, поряд із державою контроль здійснюватиме і страховик обираючи того чи іншого постачальника медичних послуг і співпрацюючи із ним. Більш того, за умов наявності здорової конкуренції, самі постачальники медичних послуг муситимуть здійснювати суворий контроль за якістю та законністю своєї діяльності, з метою отримати найбільш вигідні пропозиції від страховика

Відмічено, що в Україні найбільш вірним буде звертатися до досвіду держав, які поєднують бюджетне та страхове фінансування медичних послуг. Такий підхід з одного боку забезпечить належний рівень означеного фінансування без надмірного навантаження на бюджет, а з іншого – надасть можливість громадянам із низьким рівнем доходів чи, які перебувають у скрутній життєвій ситуації, у встановлених законом випадках користуватися найбільш складними та дорогими медичними послугами за рахунок державного бюджету.

Ключові слова: медичні послуги, правове регулювання, адміністративне право, механізм, адміністративно-правове регулювання, правовий статус, адміністративно-правовий статус, суб'єкт, органи державної влади, юридична відповідальність, адміністративні засади, державний контроль, законодавство, зарубіжний досвід.

SUMMARY

Ivanov A.O. Administrative and Legal Principles of Providing Medical services in Ukraine. – *Qualifying scientific work (manuscript).*

Dissertation for a Candidate Degree in Law in specialty 12.00.07 «Administrative Law and Process; finance law; information law». – Research Institute of Public Law, Research Institute of Public Law, Kyiv, 2020.

The author of the dissertation has provided theoretical generalization and a new solution to the scientific problem, which consists in determining the nature

and special features of administrative and legal principles of providing medical services in Ukraine; and has outlined the ways for improving administrative legislation, the norms of which regulate legal relations in this area.

It has been argued that medical services and medical care are not identical concepts. This is due to the fact that a medical service is a narrower category than medical care because it is contractual in nature, focused on agreements between contractors that provide personalization, and usually includes the funds for its provision, which is contrary to the «medical care». Since the latter may include a complex of medical services, which is provided to all individuals without any exception.

It has been noted that the complexity in defining the concept of «medical service» is directly related to the complexity of the concept of «services» that is multidimensional and reflects special features of the specific activities of the subjects who undertake the obligation to provide specific tangible or intangible benefits, which should result to a beneficial effect.

It has been noted that the achievements and shortcomings of the current legal regulation of providing medical services are largely due to the historical aspects of the formation and development of the Ukrainian statehood and the national system of law.

Special attention has been paid to the fact that nowadays one of the specific features that determine the development of legal regulation of medical services is the course of Ukraine on European integration, which leads to the active implementation of the relevant European standards in our country, the harmonization of Ukrainian legislation with European Union law, where health promotion and protection is an essential prerequisite for ensuring human well-being and decent living, and health care sector is viewed as an important social task, which in turn becomes a determinant for the development of effective regulatory base necessary to exercise citizens' right to medical services.

It has been argued that the branch of medical law has not been formed in our country yet, and therefore medical legal relations arising from the provision of medical services and medical care are based on the principles and norms of civil, administrative law, social guaranteeing law, etc., as well as other branches of law, which testify to a certain complexity and diversity of medical legislation.

It has been proved that regulation of legal relations in the sphere of providing medical services combines imperative and dispositive methods of influence. That is, the norms of administrative law are applied when it comes to streamlining the relationship between public administration subjects and providers of medical services. At the same time, legal relations between a patient and a physician while providing medical care are regulated by civil norms that ensures equality of the subjects of legal relations and the ability to independently determine their behavior.

It has been found out that the mechanism of administrative and legal regulation of providing medical services in Ukraine is a set of means of authoritative and legal influence, which are used to regulate the relations of managerial character in the sphere of providing tangible or intangible benefits related to the improvement of physical and (or) mental health of the population in order to obtain qualitative medicinal or aesthetic effect. The most characteristic features of this mechanism have been distinguished.

It has been emphasized that the mechanism of administrative and legal regulation of the provision of medical services is a specific administrative and legal complex entity that combines the interests of the subjects of administrative law with values that are protected and generally provided by the state, and brings the process of public management and provision of medical services to a logical result.

It has been established that the subjects that determine the legal principles of state policy in the field of providing medical services in Ukraine are state authorities of general and special competence, which systematically and in a

consistent manner interact with each other on the issues of public administration of the health care sector.

The author has reached and substantiated the result that legal liability for the violation of legislation regulating the provision of medical services in Ukraine is the obligation of a person, secured by the force of state influence (up to coercion), who committed the violation, to suffer certain negative consequences (deprivations, restrictions, etc.), the type and extent, as well as grounds, procedure and limits of which are determined by the law.

It has been stated that the role of administrative liability, as a mean of ensuring the regime of legality and protection of the rights and legitimate interests in the field of providing medical services in Ukraine, is much smaller, compared to criminal and civil liability, which is a significant shortcoming. Since the mechanism of bringing health care professionals to criminal liability in our country does not have the proper level of effectiveness, and civil liability protects only the rights of certain individuals, and does not ensure the protection of public interests, i.e. the interests of society and the state.

The author has substantiated scientific opinion that the development of a single codified act is an important step towards improving legal regulation of medical services sector. It should develop constitutional guarantees for the protection of human life and health, comprehensively and systematically, i.e. consistently and organically, regulate both state financial and organizational, managerial, legal, ethical and other important principles and guarantees of the provision of medical services, taking into account the current realities and the planned vectors and perspectives for further development of medical services sector.

It has been noted that, despite a number of changes and transformations that have recently taken place in the health care sector, the legal principles of the provision of medical services in our country still have significant problems that

need to be addressed more carefully by the state represented by its competent agencies and officials.

The author has substantiated the scientific opinion that it is necessary to improve the mechanism of state response to appeals of citizens to the control agencies with appropriate statements, complaints about medical care issues. Since, this form of control, nowadays, has a rather low level of effectiveness, because, as a rule, it does not lead to a real protection of the rights and legitimate interests of medical services' customers, but is only reduced to formal replies.

It has been proved that the introduction of a circumspect compulsory health insurance system should significantly improve the control efficiency over the quality and legality for the provision of medical services. Thus, the introduction of insurance provides a clear definition of the conditions and criteria for its implementation, which facilitates in specifying the object and subject matter of control, and, accordingly, to determine the forms and methods of its implementation. Besides, the control along with the state will be exercised by the insurer by selecting one or another provider of medical services and cooperating with the provider. Moreover, providers of medical services in case of healthy competition will have to exercise strict control over the quality and legality of their activities in order to obtain the most advantageous offers from the insurer.

It has been noted that it will be most correct for Ukraine to turn to the experience of the states that combine budgetary and insurance financing of medical services. Such an approach will, on the one hand, provide an adequate level of defined funding without undue burden on the budget, and on the other hand will enable citizens with low-income level or who appeared in difficult straits, to use the most complex and expensive medical services at the expense of state budget in cases prescribed by the law.

Key words: medical services, legal regulation, administrative law, mechanism, administrative and legal regulation, legal status, administrative and

legal status, subject, state authorities, legal liability, administrative principles, state control, legislation, international experience.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

в яких висвітлено основні наукові результати дисертації:

1. Іванов А.О. Структура механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Юридичні науки». 2015. Вип. 6-2. Т. 2. С. 112–117.

2. Іванов А.О. Місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Юридичні науки». 2016. Вип. 6–2. Т. 3. С. 120–123.

3. Іванов А.А. Становление и развитие правового регулирования предоставления медицинских услуг в Украине (с 1917 года по настоящее время). *Право и Политика*. 2017. № 4. С. 77–82 (Киргизька Республіка).

4. Іванов А.О. До проблеми визначення поняття та ознак медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія «Право». 2017. Вип. 43. Т. 4. С. 297–301.

5. Іванов А.О. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на національному рівні. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2018. Вип. 1(22). Т. 2. С. 294–298.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Іванов А.О. До проблеми визначення поняття механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Актуальні питання правової теорії та юридичної практики: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 12–13 серп. 2016 р.)*. Одеса: ГО

«Причорноморська фундація права», 2016. С. 50–53.

7. Іванов А.О. Міністерство охорони здоров'я України, як суб'єкт реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні. *Актуальні проблеми реформування системи законодавства України: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 27–28 січ. 2017 р.).* Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2017. С. 91–94.

8. Іванов А.О. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на регіональному рівні. *Юридична наука: виклики і сьогодення: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 8–9 черв. 2018 р.).* Одеса: ГО «Причор-номорська фундація права», 2018. С 49–52.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	15
 РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА	
НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	15
1.1 Поняття та сутність медичних послуг	25
1.2 Становлення та розвиток правового регулювання надання медичних послуг в Україні.....	39
1.3 Місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні.....	54
Висновки до Розділу 1	61
 РОЗДІЛ 2 АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ	
РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ	64
2.1 Поняття та структура механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні	64
2.2 Система та адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні.....	78
2.3 Юридична відповідальність за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні.	93
Висновки до Розділу 2	114
 РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ЗАСАД НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ .	
3.1 Проблеми та напрямки удосконалення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні.	118
3.2 Удосконалення державного контролю за дотриманням вимог законодавства про надання медичних послуг в Україні	139

3.3 Зарубіжний досвід правового регулювання надання медичних послуг та можливості його використання в Україні.	159
Висновки до Розділу 3	179
ВИСНОВКИ	184
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	184
ДОДАТКИ.....	222

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. На сьогоднішній день в Україні відбувається масштабна адміністративна реформа, яка торкнулась фактично всіх сфер суспільного життя. Галузь надання медичних послуг в цьому контексті не стала винятком, що беззаперечно слід оцінювати з позитивного боку. Обравши шлях на Європейську інтеграцію, Україна взяла на себе зобов'язання не просто адаптувати вітчизняне законодавство, а також економічну та політичну системи до Європейських вимог і стандартів, а й забезпечити сталий розвиток всього українського суспільства, одним із важливих аспектів якого є «оздоровлення» нації. Ми переконані, що стати економічно стабільною та соціально орієнтованою державою неможливо без створення необхідних умов для якісного медичного забезпечення населення держави. При цьому також варто відмітити той факт, що для реформування сфери медичних послуг недостатньо тільки покращувати роботу медичних закладів та їх працівників, особливого значення, на нашу думку, набуває вдосконалення адміністративно-правових засад надання відповідних послуг.

Зв'язок теми дисертації із сучасними дослідженнями. Проблематика вивчення медичних послуг завжди була в полі зору вчених. При цьому медичні послуги були предметом дослідження не лише вчених юристів, а й вчених у галузі економіки, соціології, державного управління тощо. Досить багато уваги аналізу правових засад надання медичних послуг присвячено у працях фахівців у галузі цивільного права, зокрема дана тематика досліджувалася такими вченими як: Савченко В.О. «Медичні послуги як об'єкт цивільних правовідносин» (2014 р.), Булеца С.Б. «Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми» (2016 р.), Герц А.А. «Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг» (2016 р.). Слід наголосити,

що це далеко не повний перелік праць вчених-цивілістів, які переймалися проблемами договірної регулювання надання медичних послуг.

Проблематика характеристики надання медичних послуг досить часто досліджувалась в межах більш широкого кола питань. Зокрема, варто відзначити праці: Гавриш І.І. «Трансформація структури ринку медичних послуг в сучасних умовах» (2014 р.), Заросила В.О. «Організаційно-правові засади впровадження системи медичного страхування в Україні» (2015 р.), Дубінського С.В. «Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України» (2016 р.), Стеценка В.Ю. «Реформування охорони здоров'я в Україні: правові питання» (2017 р.).

Серед дисертаційних досліджень адміністративно-правового спрямування, в яких досліджувались окремі аспекти надання медичних послуг варто вказати праці: Руснак Л.М. «Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні» (2016 р.), Гомон Д.О. «Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні» (2018 р.). Окремо варто відмітити наукове дослідження Маркіної А.М. «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» (2018 р.). В означеному дисертаційному дослідженні розкрито широке коло питань адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг, серед яких питання характеристики стандартів та принципів надання медичних послуг, питання характеристики механізму та елементів, форм та методів надання медичних послуг тощо. Але поза увагою вченої залишились питання співвідношення норм різних галузей права у правовому регулювання надання медичних послуг, питання характеристики адміністративно-правового статусу суб'єктів надання медичних послуг, питання нагляду та контролю за діяльністю суб'єктів надання медичних послуг, досить поверхнево розглянуто проблеми адміністративної відповідальності суб'єктів надання медичних послуг.

Аналіз наукових праць присвячених дослідженню окремих проблем надання медичних послуг, а також чисельних змін до законодавства, які внесено протягом останнього часу, свідчить про складність та багатоаспектність зазначеного питання та про важливість подальшого дослідження адміністративно-правових засад надання медичних послуг.

Підґрунтям дисертаційного дослідження стали праці вчених-адміністративістів, серед яких: С.В. Антонов, А.Г. Ахламов, В.Д. Базилевич, К.С. Базилевич, Ю.П. Битяк, М.М. Білінська, С.Б. Булеца, С.В. Бутенко, Ю.В. Вороненко, В.В. Галуцько, Я.В. Ганіткевич, О.С. Головащенко, Г.О. Дічко, О.В. Джафарова, О.Ю. Дрозд, Т.В. Заварза, І.С. Заграй, Т.М. Камінська, О.В. Клименко, О.В. Крилова, О.Є. Кузьмін, А.І. Литвак, Я.Г. Літінська, І.В. Миколаєць, Л.І. Миськів, А.А. Мохов, О.О. Охріменко, О.О. Прасов, В.Б. Пчелін, Г.В. Рак, І.В. Рожкова, Л.О. Самілик, І.Я. Сенюта, Є.Ю. Соболев, С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, Н.І. Сушко, Г.І. Трофанчук, Т.О. Чепульченко, С.С. Шевчук, Л.В. Щербаченко, М.А. Якутова та багато інших. Однак, не применшуючи здобутки вказаних фахівців, варто вказати, що більшість наукових робіт або носили суто теоретичний характер, або були підготовлені до внесення змін до законодавства у сфері надання медичних послуг.

Таким чином, необхідність покращення якості надання медичних послуг, недосконалість чинного законодавства України у цій царині, а також відсутність комплексних монографічних досліджень, присвячених окресленій проблематиці, обумовлюють актуальність та своєчасність представленого дисертаційного дослідження, адже воно присвячено визначенню сутності та особливостей адміністративно-правових засад надання медичних послуг в Україні.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Тема дисертаційного дослідження узгоджується з положеннями:

Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р; Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, схваленої Міністерством охорони здоров'я України від 23 березня 2015 р. № 11 (982); Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», схваленої Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. Дисертацію виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Науково-дослідного інституту публічного права «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 за допомогою використання сучасних методів наукового пізнання, а також на основі аналізу наукових поглядів вчених та норм чинного законодавства України, визначити сутність та особливості адміністративно-правових засад надання медичних послуг в Україні, а також на основі опрацювання найбільш позитивного зарубіжного досвіду окреслити напрямки вдосконалення адміністративного законодавства України, норми якого регулюють відносини у досліджуваній царині. Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі *завдання*:

- визначити поняття та сутність медичних послуг;
- здійснити історико-правовий аналіз становлення та розвитку правового регулювання надання медичних послуг в Україні;
- з'ясувати місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні;
- охарактеризувати поняття та структуру механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні;
- окреслити систему та адміністративно-правовий статус суб'єктів реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні;

- встановити сутність юридичної відповідальності за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні;
- визначити проблеми та напрямки удосконалення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні;
- опрацювати шляхи вдосконалення державного контролю за дотриманням вимог законодавства про надання медичних послуг в Україні;
- узагальнити зарубіжний досвід правового регулювання надання медичних послуг та окреслити можливості його використання в Україні.

Об’єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають у процесі створення адміністративно-правових та інших організаційних умов надання медичних послуг.

Предмет дослідження – адміністративно-правові засади надання медичних послуг в Україні.

Методи дослідження. Методологічну основу дисертації становить сукупність загальнонаукових і спеціальних методів та прийомів наукового пізнання. *Формально-логічний* метод використовувався під час визначення поняття та сутності медичних послуг (підрозділ 1.1). *Історико-правовий* метод було використано під час дослідження історії становлення та розвитку правового регулювання надання медичних послуг в Україні (підрозділ 1.2). За допомогою *системно-структурного* методу та методу *документального аналізу* було визначено місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні (підрозділ 1.3), охарактеризовано поняття та структуру механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні (підрозділ 2.1), а також розкрито питання юридичної відповідальності за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні (підрозділ 2.3). *Аналітичний* метод дав можливість надати характеристику адміністративно-правовому статусу суб’єктів реалізації державної політики у

сфері надання медичних послуг в Україні (підрозділ 2.2). З використанням формально-юридичного методу та методу прогнозування було визначено проблеми та напрямки удосконалення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні (підрозділ 3.1), окреслено шляхи удосконалення державного контролю за дотриманням вимог законодавства про надання медичних послуг в Україні (підрозділ 3.2), а також узагальнено зарубіжний досвід правового регулювання надання медичних послуг (підрозділ 3.3). В роботі також було використано низку інших загальних та спеціальних методів наукового пізнання, використання яких дозволило комплексно підійти до визначення сутності та особливостей адміністративно-правових засад надання медичних послуг в Україні.

Науково-теоретичне підґрунтя дисертації становлять праці фахівців різних галузей права – адміністративного, цивільного, трудового, кримінального, права соціального забезпечення, а також інших галузевих наук, зокрема філософії, соціології, теорії управління тощо.

Нормативно-правовою основою роботи є Конституція України, міжнародні нормативно-правові акти, а також інші закони та підзаконні нормативно-правові акти, норми яких закріплюють адміністративно-правові засади надання медичних послуг в Україні.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що дисертаційне дослідження є однією із перших спроб комплексно, на підставі аналізу існуючих здобутків вчених та норм чинного законодавства, визначити сутність та особливості адміністративно-правових засад надання медичних послуг в Україні, а також на основі узагальнення найбільш позитивного зарубіжного досвіду правового регулювання у цій сфері, визначити напрямки вдосконалення відповідного адміністративного законодавства України. У результаті проведеного дослідження

сформульовано низку нових наукових теоретичних і практичних висновків та положень, запропонованих особисто здобувачем, а саме:

уперше:

- виокремлено коло найбільш важливих ознак механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг, до яких віднесено такі: є частиною загальнодержавного механізму правового регулювання суспільних відносин; складається із сукупності взаємопов'язаних між собою елементів державно-владного впливу на суспільні відносини з питань надання медичних послуг, тобто даний механізм у своїй діяльності використовує публічна адміністрація; метою є встановлення відповідного правового порядку протікання суспільних відносин, що мають публічний елемент у сфері медичного обслуговування;

- здійснено класифікацію суб'єктів, які визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні, зокрема їх запропоновано поділити на органи публічної влади загальної та спеціальної компетенції;

- запропоновано авторське визначення поняття «медична послуга» з юридичної точки зору, під яким пропонується розуміти врегульований законом та (або) договором особливий різновид суспільної послуги, що може мати оплатний характер, надається спеціальним суб'єктом в особі медичного фахівця та спрямована на діагностику, профілактику захворювань, підтримання та покращення фізичного чи психічного здоров'я людини, внесення естетичних змін до її зовнішності;

удосконалено:

- періодизацію становлення та розвитку правового регулювання надання медичних послуг в Україні. Зокрема виокремлено такі часові етапи: кінець IX ст. – до першої половини XVII ст.; друга половина XVII ст., розпочинаючи з правління Петра I, який поклав початок реформам в

медичній сфері – до початку XX ст. (1917 р.); 1917–1991 рр.; з 1991 р. – по теперішній час;

– наукову думку про те, що медична послуга і медична допомога не є тотожними поняттями. Це пояснюється тим, що медична послуга є більш вузькою категорією ніж медична допомога, оскільки вона має договірний характер, зосереджується на домовленостях між контрагентами, що передбачають персоналізацію та зазвичай включає платність її надання, чого не можна сказати про медичну допомогу, адже остання може включати в себе і комплекс медичних послуг, який надається всім фізичним особам без винятку;

– обґрунтування, що значення адміністративної відповідальності, як засобу забезпечення режиму законності та захисту прав і законних інтересів у сфері надання медичних послуг в Україні, значно менше, порівняно із кримінальною та цивільно-правовою відповідальністю, що є суттєвим недоліком. Оскільки механізм притягнення працівників медичної сфери до кримінальної відповідальності в нашій державі немає належного рівня ефективності, а цивільно-правова відповідальність захищає лише права окремих осіб і не забезпечує захисту публічних інтересів, тобто інтересів суспільства та держави;

– розуміння того, в якому напрямку слід рухатись українському законодавцю при удосконаленні управління сферою надання медичних послуг. Зокрема обґрунтовано, що в Україні, як і в більшості провідних країн Європи, слід йти шляхом децентралізації, залишаючи за органами централізованого управління лише найбільш важливі функції, пов'язані із формуванням відповідної політики, виробленням напрямків і заходів її реалізації; встановленням відповідних нормативів обслуговування; визначенням гарантій прав користувачів медичних послуг; регулюванням оплати праці медиків; контролем;

дістали подальшого розвитку:

- твердження про те, що у зв'язку з комплексністю правового регулювання надання медичних послуг, правовідносини, які виникають у даній сфері не мають суто адміністративно-правовий характер. Втім, відзначено, що роль та місце адміністративного права в цій галузі найбільш яскраво виявляється тоді, коли мова йде про участь держави в організації, управлінні, фінансуванні системи надання медичних послуг, здійсненні нагляду і контролю;

- наукові погляди стосовно того, що вдосконалення адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг, за умови її практичного вдосконалення, має забезпечити: по-перше, ствердження і реальне втілення принципу невідворотності покарання у досліджуваній сфері; по-друге, належний превентивний та профілактичний вплив на поведінку працівників медичної сфери; по-третє, підвищення відповідальності та дисциплінованості осіб, що надають медичні послуги при виконанні ними своїх професійних обов'язків;

- позиція стосовно необхідності подальшого вдосконалення механізму державного реагування на звернення громадян до контролюючих органів із відповідними заявами, скаргами з питань медичного обслуговування. Адже сьогодні дана форма контролю має досить низький рівень ефективності, оскільки, як правило, не призводить до реального захисту прав і законних інтересів користувачів медичних послуг, а лише зводиться до формальних відписок.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що викладені в дисертації висновки і пропозиції можуть бути використані у:

- *науково-дослідній сфері* – як основа для подальших досліджень, присвячених адміністративно-правовим засадам надання медичних послуг в Україні (акт впровадження Науково-дослідного інституту публічного права);

– *правотворчій сфері* – в ході внесення змін та доповнень до чинних законодавчих та підзаконних актів, що регулюють питання надання медичних послуг в Україні;

– *правозастосовній діяльності* – з метою підвищення якості та ефективності надання медичних послуг;

– *навчальному процесі* – під час підготовки навчальних матеріалів та викладання навчальної дисципліни «Актуальні проблеми адміністративного права», при підготовці відповідних підручників, навчальних посібників, конспектів лекцій (акт упровадження Науково-дослідного інституту публічного права).

Апробація матеріалів дисертації. Підсумки розроблення проблеми в цілому, окремих її аспектів, одержані узагальнення і висновки було оприлюднено на міжнародних науково-практичних конференціях: «Актуальні питання правової теорії та юридичної практики» (м. Одеса, 12–13 серпня 2016 р.), «Актуальні проблеми реформування системи законодавства України» (м. Запоріжжя, 27–28 січня 2017 р.) та «Юридична наука: виклики і сьогодення» (м. Одеса, 8–9 червня 2018 р.).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, що включають дев'ять підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 225 сторінок. Список використаних джерел включає 300 найменувань та розміщений на 32 сторінках.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Поняття та сутність медичних послуг

Сфера охорони здоров'я - найважливіша складова, яка була та залишається основною й визначальною цінністю як для окремої людини та суспільства в цілому, так і для держави. А тому важливим завданням держави є створити всі необхідні умови для того, що забезпечити всі необхідні правові та організаційні умови для управління сферою надання медичних послуг. Але враховуючи це, та незважаючи на велику кількість нормативних актів в сфері регулювання охорони здоров'я, питання визначення поняття «медична послуга» та встановлення його сутності, а також відповідних ознак, як і з'ясування співвідношення останнього з поняттям «медична допомога» не втрачають своєї актуальності. Проблема співвідношення цих категорій має не лише теоретичне, але й практичне значення, так як у більшості законодавчих документів, які стосуються реформування галузі використовується поняття «медична допомога».

Спершу слід розібратися у деяких підходах до визначення терміну «послуга». В академічному «Словнику української мови», послуга – «дія, вчинок, що дає користь, допомогу іншому» [22, с. 341].

Наукові трактування категорії «послуга» різняться між собою, а тому пропонується велика кількість концепції до його визначення. Зокрема досить детально їх проаналізувала у своїй науковій праці Рєзнікова В.В.[218]. Ось деякі з них:

- визначення сутності послуги через діяльність (Ю. Калмиков, Д. Степанов, О. Тихомиров, О. Коршакова, О. Капля та ін.), тобто послуга являє собою певну діяльність, що не пов'язується зі створенням матеріальної

речі, матеріального блага, проте сама по собі породжує відповідне благо, що має споживчу вартість [129, с. 113; 218] або просто дію, спрямовану на задоволення господарської потреби суб'єкта [218, с. 59; 218].

- визначення послуги як результату діяльності або ж розкриття її сутності через результат діяльності (С. Алексєєв, Н. Індюков, М. Кротов, О. Красавчиков тощо). Послуга в такому сенсі набуває значення продукту корисної дії або діяльності. Так, С. С. Алексєєв визначав, що послуга — це не сама по собі діяльність, а певний результат [6, с. 297; 218]. Н.П. Індюков також стверджував, що благом може бути лише результат праці (діяльності). Специфіку результату він вбачав у тому, що останній результат існує у формі корисного ефекту, практично не відокремлюваного від діяльності [91, с. 33; 218].

- як компроміс між першими двома концепціями виникла концепція, за якою сутність послуги виводиться через сукупність (нерозривну єдність) діяльності та її результату (Т. Л. Левшина, Ю. В. Романець та ін). За цією концепцією послуга розглядається як сукупність діяльності та результату, оскільки результату передуює діяльність, що не має матеріального втілення і складає разом з ним невіддільне ціле. Сутність послуги розкривається через єдність процесу та результату праці (тобто поняття послуги в цілому). В. Луць зазначає, що результат діяльності щодо надання послуг полягає в самому наданні послуг (тобто діяльності) [87, с. 572; 218]. При наданні послуг продається не сам результат, а дія, яка до нього привела.

- найбільшого поширення в юридичній літературі отримало визначення сутності послуги як діяльності, що не має уречевленого результату (О. С. Іоффе, Є. Д. Шешенін та ін.). О.С.Іоффе вказував, що у договорі про надання послуг йдеться про види діяльності, котрі не отримують и не обов'язково повинні отримати втілення в матеріалізованому, а тим більше — уречевлено-му результаті [102, с. 419; 218, с. 61-64; 218].

Тож ми бачимо, що одні автори вважали, що це певна дія (діяльність), інші - результат, отриманий внаслідок вчинення певної дії, треті розглядали послугу як форму здійснення певної роботи, четверті – як певну діяльність і результат отриманий від неї.

Так як категорія яку ми розглядаємо досить активно застосовується у сфері дії цивільного права, розглянемо ст. 901 ЦК України в якій дається визначення договору про надання послуг за яким одна сторона (виконавець) зобов'язується за завданням другої сторони (замовника) надати послугу, яка споживається в процесі вчинення певної дії або здійснення певної діяльності, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором [282]. Відтак, зміст послуги можуть складати як окрема дія чи їх сукупність (медична допомога, медична послуга), так і здійснення певної діяльності (медичне обслуговування) [24, с. 6].

Спроба тлумачення послуг зроблена і в інших нормативно-правових актах. Зокрема, в Законі України «Про захист прав споживачів» зазначається, що послуга - діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб [205].

Взагалі, поняття послуги надається у низці нормативно-правових актів. Але жоден із нормативно-правових актів не дає визначення медичної послуги таким чином, щоб це відображало її специфіку. Однак, при цьому Основи законодавства України про охорону здоров'я у статті 3 (з врахуванням змін, що вносяться проектом Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327) виділяють такі поняття:

- послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - 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, у тому числі пацієнт.

- медична допомога – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

На нашу думку законодавчі визначення у відношенні понять «медична допомога» та «медична послуга» не розкриває всіх ознак даних категорії, окрім того, що вони надаються спеціальними суб'єктами, які діють у сфері охорони здоров'я, а також те, що медична послуга має оплатний характер. Ми вважаємо що необхідно звернутися до визначень «медичної послуги», які містяться у літературі, так як ці дефініції дослідниками трактуються і як синоніми, і як антоніми, і як частина одна одної.

На чому, доречи, акцентував увагу Конституційний Суд України у пункті 3 мотивувальної частини Рішення 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 травня 2002 року справа № 1-13/2002 [219].

На сьогодні у спеціальній літературі існує велика кількість визначень понять «медична послуга». Так, наприклад, на думку С. В. Антонова, медична послуга - це вид професійної або господарської діяльності медичних

зкладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності [9, с. 20].

Г. Польнікова, вважає що медична послуга – це діяльність послугонадавача (лікаря) щодо підтримання і покращення здоров'я послугоотримувача (пацієнта), корисні властивості якої здатні задовольнити потреби споживача послуги безпосередньо під час здійснення цієї діяльності і результат якої не знаходить свого матеріального втілення [193; с. 324].

А. Герц визначає, що медична послуга – визначена договором або законом дія чи комплекс дій медичної установи (лікаря) – послугодавців, спрямована на діагностику, лікування та профілактику лікування захворювання, які є самостійним виокремленим об'єктом і мають вартісну оцінку [44; с. 13].

І. В. Венедіктова зазначає, що медичну послугу можна визначити як корисну діяльність надавача послуги, яка спрямована на задоволення потреб щодо здоров'я фізичної особи і має нематеріальний характер [34].

О. В. Тихомиров акцентує увагу на тому, що медична послуга спеціальна професійна послуга в рамках обґрунтованого ризику за договірними зобов'язаннями, поза якими виникнення фізичного, матеріального та морального збитку не є правомірним; як сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного працівника (виконавця, виробника послуг), спрямованих на задоволення потреб пацієнта (замовника, споживача послуг) [260, с. 106, с. 167].

Л. В. Щербаченко подає наступне: «медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників у процесі лікування хворого» [293, с. 170].

Деякі вчені визначають медичну послугу як технологічний процес, що виходить за межі медичної допомоги та надається на платній основі по проханню фізичної особи (В. К. Гіжеський, В. В. Головченко, В. С. Ковальський) [199, с. 74].

С. С. Шевчук медичною послугою називає одну з різновидів послуг, сферою застосування якої є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх особливих потреб, що визначаються здебільшого, станом їхнього здоров'я, отримують особливу споживчу вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця в галузі медицини [287, с. 77-78]. Він також зазначає, що медична послуга – категорія економіко-правова. Така послуга має певну вартість – грошовий вираз тієї цінності, яку вона представляє. До неї вносяться витрати виробництва послуг, її собівартість, а також вигода (фінансовий інтерес виробника послуги), яка повинна покривати потреби відтворення, щоб відповідна діяльність була рентабельною [287, с. 77-78]. Отже, у вартість медичної послуги вносяться потреби, які виправдовують витрати, і можливості окупності вкладень за рахунок прибутку, що здобувається. Тому для виробника медичної послуги вона завжди відплатна, зокрема у випадках надання такої послуги певному громадянину без утримання з нього плати [287, с. 77-78].

Виходячи з наведеного ми вважаємо за необхідне визначити ознаки медичної послуги, які б охоплювали її найважливіші риси. З цього приводу вчені також мають свої погляди. Так, наприклад І. В. Венедіктова [35, с. 49] відносить до ознак послуг наступні:

- 1) вони надаються, як правило, при безпосередньому, прямому спілкуванні;
- 2) мають нематеріальний характер;
- 3) невід'ємні від суб'єктів надання послуги;

- 4) неможливі для накопичення та перерозподілу;
- 5) надаються шляхом нерозривних дій по її виконанню та споживанню, що здійснюються одномоментно в одному акті;
- 6) через складний зміст характеризуються непостійною якістю;
- 7) мають тривалий характер;
- 8) характеризуються чіткою адресованою спрямованістю [35, с. 49].

О. М. Берназ-Лукавецька серед характерних ознак медичних послуг необхідно також зазначити наступні:

- 1) задовольняє потребу особи в медичній допомозі з метою охорони та зміцнення її здоров'я [16, с. 59];
- 2) 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 об'ємі йому знадобиться медична послуга [16, с. 59];
- 3) протяжність медичної послуги в часі. В цілому різноманітні медичні послуги охоплюють все життя людини, тому в їх наданні беруть участь медичні працівники різного профілю в різний час. Необхідно також враховувати, що в кожному конкретному випадку не існує чіткого уявлення про строки проявлення результату, необхідності додаткових досліджень, а проміжок часу між завершенням послуги та настанням очікуваного результату може виявитись доволі великим [16, с. 59];
- 4) індивідуальність, несталість та суб'єктивна оцінка якості. Якість медичних послуг формується шляхом поєднання та узгодження очікувань пацієнтів із сприйняттям від їх реального споживання, тому оцінка якості послуги є досить суб'єктивною. Крім того, необхідно враховувати, що одна і та ж сама медична послуга може дати зовсім протилежний ефект у різних людей [16, с. 59];

5) комплексність медичної послуги, адже послуги у сфері охорони здоров'я часто мають складну структуру, тобто включають в себе декілька «простих» послуг і є результатом діяльності декількох категорій медичних працівників [16, с. 59];

6) метою завжди виступає вплив на здоров'я пацієнта який носить нематеріальний характер, але обов'язково тягне за собою матеріальні зміни в організмі людини [16, с. 59];

7) мають публічний характер та надаються усім особам, які звертаються за їх отриманням [16, с. 59];

8) не підлягає повній стандартизації, тому що не можна заздалегідь передбачити всі фактори (вік пацієнта, давність хвороби тощо) [16, с. 59];

9) підвищені вимоги з боку держави, зокрема до суб'єкта їх надання (наприклад, суб'єкт надання медичних послуг повинен відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, мати ліцензію на заняття медичною практикою, проходити акредитацію) [16, с. 59].

Вдало, на наш погляд, основні характеристики медичних послуг виокремила Т.М. Камінська, яка до них віднесла:

1. Невідчутність: медичні послуги неможливо побачити, спробувати на відчуття, дізнатися до моменту придбання. Пацієнт, який прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результату відвідування. Він змушений вірити лікареві на слово [104].

2. Невіддільність від джерела, чи то лікар, медсестра або медичне обладнання. Візьмемо, наприклад, відвідування відомого фахівця-психіатра. Послуга буде вже не тією, якщо його замінить менш відомий спеціаліст або навіть новачок [104].

3. Непостійність якості, що залежить від постачальників і місця надання послуги. Відомий фахівець надасть більш кваліфіковану допомогу, ніж молодий лікар. Але і один і той же фахівець може надавати послуги по-

різному залежно від настрою та свого фізичного стану. Тому постачальник послуг повинен постійно стежити за ступенем задоволеності клієнтури через систему опитувань і проведення перевірок [104].

4. Незбережність. Медичні послуги виробляються, реалізуються і споживаються одночасно. Система попереднього запису на прийом, чітке дотримання розкладу роботи медичного персоналу – всі ці заходи дозволяють розрахувати максимальне завантаження медичного закладу і відповідно скоординувати маркетингові зусилля [104].

Окрім теоретичних підходів існують три основні напрями зі специфічними формами пропозиції медичних послуг і задоволення медичних потреб, які були визначені Міністерством охорони здоров'я (далі – МОЗ) серед яких:

I. Лікарські пропозиції медичних послуг із збереження життя (зокрема, в перенатальному періоді, при екстремальних ургентних станах, загрозливих для життя пацієнта, в похилому віці, паліативні медичні послуги при невиліковних захворюваннях тощо). II. Лікарські пропозиції медичних послуг з метою повернення здоров'я, відновлення і збереження певного рівня працездатності при її тимчасовій втраті. III. Медичні послуги, що зберігають і підтримують стан здорового організму [123, с 15, 39, с. 91-92].

На нашу думку, найбільш характерними ознаками послуг слід визнати:

- 1) вид послуг який здійснюється виключно на професійній основі;
- 2) має споживчий характер який спрямований на задоволення потреб у сфері здоров'я;
- 3) неможливість гарантування результату після надання послуги;
- 4) фідучіарність.

На сьогоднішній день, як ми вже відімчали вище по тексту, як у законодавстві, так і у науковій літературі, поряд із терміном «медична

послуга» застосовується й інший – «медична допомога», тому важливим є з'ясування їх співвідношення.

Так у зарубіжних та міжнародних документах, зокрема, в Угоді про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав швидка і невідкладна медична допомога визначається як комплекс медичних послуг, що надаються при гострих порушеннях фізичного або психічного здоров'я пацієнта, що загрожують його життю або здоров'ю оточуючих [269]. При цьому відомий в медичних колах англійський медичний словник «Dornald's Illustrated Medical Dictionary» визначає медичну допомогу («care») і послуги («servies»), що надаються медичними працівниками для блага пацієнта [298].

Медико-правовий тлумачний словник трактує медичну допомогу фактично визначаючи її складовою медичної послуги, як профілактику, лікування та менеджмент хвороби, а також збереження фізичного і психічного здоров'я людини через надання послуг медичними працівниками та іншими фахівцями системи охорони здоров'я; комплекс заходів медико-соціального характеру, що включає профілактичну, лікувальну, діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну і зубопротезну допомогу, а також обслуговування дітей, хворих, непрацездатних та інвалідів [231, с. 259].

Н. П. Дейкун визначає медичну допомогу як комплекс професійних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення хвороб та відновлення втраченого здоров'я людини [60, с. 132]

С. В. Михайлов наводить визначення медичної допомоги як комплексу спеціальних, науково обґрунтованих заходів, які застосовуються медичними працівниками, а у випадках передбачених законодавством, представниками інших професій, що спрямовані на допомогу хворій чи постраждалій людині

з метою подолати негативні наслідки захворювань, травм, отруєнь чи інших складних станів або розладів здоров'я [159, с. 12].

Деякі науковці доповнюючи визначення медичної допомоги як комплексу дій акцентують увагу на регламентації умов її вчинення та дещо розширюють її зміст включаючи до нього реабілітацію хворих, а також виділяють серед суб'єктів отримання інвалідів [245, с. 236-237].

Заслуговує уваги визначення О. В. Крилової, яка розглядає медичну допомогу з точки зору критерію допомоги, як будь-яку медичну послугу, що потребує втручання іншої особи, тобто нею є застосування однією особою медичних знань і навичок, яке направлене на реалізацію іншою особою власних прав та інтересів, що потребують втручання в її організм [122, с. 38].

Аналіз літератури дає підстави виділити декілька підходів щодо співвідношення змістів визначень понять «медичної послуги» та «медичної допомоги». Сутністю першого є визнання того, що медична допомога є ширшим поняттям, ніж медична послуга. Такої думки дотримується М. М. Самофал, яка вважає, що медична допомога може надаватися як у рамках медичних послуг, так і поза ними. Наприклад, ст. 37 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає особливості надання медичної допомоги у невідкладних та екстремальних ситуаціях. Першу невідкладну медичну допомогу повинні надавати співробітники ОВС, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів і представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями [227, с. 155-156]. Аналізуючи цю норму, авторка доходить висновку, що перелічені вище особи надають не медичні послуги, а медичну допомогу [227, с. 155-156].

Схожий погляд підтримують прихильники другого підходу, а саме науковці, які ототожнюють медичну послугу з медичною допомогою.

М.М. Малєїна вказує, що медична допомога є медичною послугою, так як за договором про надання медичної допомоги лікувальна установа зобов'язується забезпечити громадянину кваліфіковані послуги [143, с. 32].

Вважаємо таку думку спірною, адже як слушно з цього приводу зазначає І.В. Венедіктова [34, с. 46-47], що медична допомога не є медичною послугою. На відміну від послуг, допомога надається без вільного волевиявлення як уповноважених, так і зобов'язаних осіб. Фізична особа, знаходячись в критичному для життя стані або, якщо стан її здоров'я є небезпечним для інших осіб, піддається медичній допомозі [34, с. 46-47]. При цьому вона, навіть, може не тільки не усвідомлювати значення і наслідки такої допомоги, а й не бажати їх. Цивільний кодекс України прописує, що у невідкладних випадках, за наявної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника (ч. 5 ст. 284) [34, с. 46-47]. Це стосується випадків різної етіології шоку, колапсу, масивних кровотеч усіх видів, розладу мозкового кровообігу, гострої серцево-судинної й дихальної недостатності, важких травм, поранень, термічних і хімічних опіків зі значною площею ураження, уражень дії низької температури, сонячних і теплових ударів, уражень електрострумом і атмосферною електрикою, різного виду механічних асфіксій тощо [34, с. 46-47]. Медична допомога має надаватися медичним працівником в обов'язковому порядку. Імперативна норма стосовно цього обов'язку закріплена в Основах законодавства про охорону здоров'я (ст. 37, 52). Невиконання її тягне за собою кримінальну відповідальність медичного працівника (ст. 139 Кримінального кодексу України). Отже підставою надання медичної допомоги є юридичний факт - такий стан здоров'я хворого, який є небезпечним для його життя або життя оточуючих [34, с. 46-47].

О. О. Прасов стверджує, що медична допомога є медичною послугою, яка охоплює заходи, спрямовані на оздоровлення та лікування пацієнта у стані, що на момент їх надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності [200, с. 8].

Прибічники третього підходу навпаки, акцентують увагу на відмінності означених понять. Зокрема, Г. Я. Лопатенко вважає, що медична послуга - це предмет купівлі-продажу, що називається об'єктом цивільного обороту (медичні послуги надаються на основі договору), а медична допомога - це різновид соціальної допомоги, те, що надається, а не продається. Медична допомога оплачується із бюджету. Тут немає договірної регулювання взаємних обов'язків (наприклад, швидка медична допомога тощо) [136, с. 37].

Заслуговує на увагу четверта позиція, відповідно до якої медична послуга є більш широкою категорією, що пояснюється особливостями результату діяльності при наданні медичних послуг і допомоги. Так, на думку С. В. Антонова, 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. Таким чином, у межах медичної послуги може надаватися не лише допомога, а й додаткові послуги естетичного характеру [10, с. 38; 285].

І остання позиція, яку ми вважаємо виділити, ґрунтується на ідеї, згідно якої досліджувані поняття співвідносяться, як загальне та частина. Прихильники цього підходу під медичною допомогою розуміють «правомірне втручання фахівця в галузі медицини у фізичну або (та психічну) сферу існування людини, обумовлене станом її здоров'я, з метою рятування життя, поліпшення стану, поновлення здоров'я». При цьому змістом права на медичну допомогу визнається «сукупність повноважень

носія цього права у вигляді права на звернення за допомогою або на відмову від неї, права на вибір лікаря, на участь у власному лікуванні, на вибір методів лікування, права на самолікування» [122, с. 8; 285].

Тож, провівши аналіз наукової літератури та законодавчої бази ми дійшли наступних висновків:

По-перше, медична послуга і медична допомога не тотожні поняття. Вважаємо, що медична послуга є більш вузькою категорією ніж медична допомога через те, що вона має договірний характер, зосереджується на домовленостях між контрагентами, що передбачають персоналізацію та зазвичай включає оплатність її надання, чого ми не можемо сказати про «медичну допомогу». Так як остання може включати в себе і комплекс медичних послуг, який надається всім фізичним особам без виключення.

По-друге, незважаючи на відмінності у системі здійснення медичної послуги та медичної допомоги вони спрямовані та реалізуються у межах одного, єдиного процесу з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації особи яка потребує відповідних заходів.

По-третє, ми вважаємо, що складність у визначенні поняття «медична послуга» безпосередньо пов'язана зі складністю поняття «послуги» яке є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності суб'єктів, які беруть на себе обов'язок, щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ, що повинно призвести до корисного ефекту.

По-четверте, враховуючи вищенаведене ми пропонуємо таке визначення поняття медична послуга – це врегульований законом та (або) договором особливий різновид суспільної послуги, що може мати оплатний характер, яка надається спеціальним суб'єктом в особі медичного фахівця, та спрямована на діагностику, профілактику захворювань, підтримання та покращення фізичного чи психічного здоров'я людини, внесення естетичних змін до її зовнішності [96].

1.2 Становлення та розвиток правового регулювання надання медичних послуг в Україні

Питання правового регулювання охорони здоров'я в Україні вимагають постійної, цілеспрямованої та підвищеної уваги з боку держави, ця істина є незаперечною в умовах розбудови правової та соціальної держави через те, що здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та основних факторів національної безпеки країни. Дослідження ж процесів становлення та розвитку системи правового регулювання медичних послуг як основного засобу охорони здоров'я дасть можливість виявити особливості регулювання цієї сфери життєдіяльності та узагальнити багатовіковий досвід і практику функціонування медичної галузі у вітчизняній історії. Вказане дозволить створити належний правовий фундамент для охорони здоров'я – законодавчу базу, яка повинна у повній мірі відповідати сучасним реаліям суспільно життя в Україні.

Правове регулювання та регламентація взаємовідносин в сфері надання медичних послуг має глибоке історичне коріння, так як їх надання відбувалося задовго до початку їх правового регулювання. Зважаючи на це, особливо виняткову цінність являє собою звід законів вавилонського царя Хаммурапі, датований 1792-1750 роками до нашої ери. Звід складався з 282 параграфів, які регулювали різні сфери громадського життя, у тому числі взаємовідносин лікаря і хворого, так як 9 параграфів з нього були присвячені регламентації медичної діяльності які включали себе правила надання медичної допомоги, оцінка роботи лікаря, плата за різноманітні види медичної допомоги, а також відповідальність лікаря за помилку [119, с. 170].

Вказаний Звід, незважаючи на значне поширення рабської праці, першим встановлював договори особистого найму серед яких і виступав найм лікаря, для надання відповідних послуг за плату, яка залежала від

соціального і майнового становища пацієнта: з бідних бралася невелика платня, з багатих - значно більша. Навіть за відсутності клятви Гіппократа, яка зобов'язує лікаря надавати медичну допомогу за велінням совісті, у Стародавньому Вавилоні було ганебним для лікаря відмовити хворому у лікуванні на тій підставі, що він був не в змозі оплатити послугу [264, с. 32].

Окрім цього, специфіка становлення законодавчого регулювання закріплення медичних послуг була обумовлена Зводом законів Ману, законодавством Стародавнього Єгипту та Греції, римським правом. Зокрема останнє передбачало регулювання як діяльності приватних лікарів, так і повноцінних медичних установ, які обслуговували солдат. Саме в Римі почалося зародження розмежування медичної діяльності та медичних послуг, як окремих видів відносин. Римське право, розвиваючи у своїх нормах регулювання послуг, зосередило свою увагу на регламентації форми їх відбиття – консенсуального договору, предметом якого був процес надання медичних послуг, який припиняв свою дію лише з настанням одужання, або за інших підстав, щодо припинення зобов'язань, оплата ж відбувалася після їх надання або за певний період часу, а її розмір визначався сторонами.

Надалі, беручи свої витоки з римського права, у період зародження та розвитку капіталізму діяльність лікаря стали розглядати з погляду приватних взаємин лікаря та пацієнта, заснованих, насамперед на комерційних основах. Оскільки відносини «лікар-пацієнт» почали будувалися на договірних засадах, то лікар при успішному результаті лікування одержував гонорар. У випадку ж невдачі лікареві могли пред'явити цивільний позов [25, с. 27; 158, с. 447].

Так, у Франції отримав визнання принцип контракту на медичне обслуговування, що укладався між хворим і лікарем, причому лікар не

відповідав за свої помилки та невміння, оскільки пацієнт сам його обрав. Відповідальність мала місце лише при навмисних діях лікаря [267, с. 12].

Що стосується історичного розвитку регулювання медичних послуг та на територіях сучасної України, то його (цей розвиток) доцільно поділити на окремі періоди, оскільки наша держава до здобуття незалежності, перебувала у складі різних держав. В цьому питанні ми підтримуємо періодизацію яка була запропонована професором С. Г. Стеценко, який виділяє:

1. X - XVII століття;
2. правління Петра I (Великого);
3. середина XVIII - початку XX ст.;
4. радянський період (1917-1991 рр.);
5. становлення і розвитку правового забезпечення у незалежній Україні - починаючи з 1991 року і до сьогодення [248, с. 37]. Але, при цьому ми пропонуємо уточнення у деяких з зазначених періодах.

Так, ми пропонуємо розпочати розгляд раніше наведених нами періодів з кінця IX - початку X ст., коли з'явилися перші спроби регулювання лікарської справи, що належало до періоду історії Київської Русі. Це пов'язано з приходом на українські землі християнської віри, тобто з масового хрещення 988 року, що сприяло утвердженню у суспільстві нових моральних принципів та переходом лікувальної справи під опіку християнства та церкви. Останнє, згодом призвело до утворення таких писаних зводів права як: «Церковний Устав» Володимира Святославовича та Руську Правду.

«Церковний Устав» (1015 р., X ст.), який складається з чотирьох розділів, у четвертому містить положення про «церковних людей», до яких належали й лікарі. Лікарі монастирських лікарень розглядались як прошарок населення держави - «церковні люди», а лікарні відносились до церковних закладів, Церковним статутом Володимира Великого, яким на той час

регламентувалася державно-церковна діяльність, лікарні були оголошені церковними установами, а самих «лічців» (лікарів) вважали людьми церковними і такими, що підлягали відповідальності перед єпископом [38, с. 45].

У «Руській Правді» (XI ст.), та її продовженні «Правді Ярославичів» лікарська справа також згадувалась з посиланням про оплату праці лікарів, що надавали медичну допомогу. Так, зазначалось, що за огляд та надану допомогу лікар мав право на отримання винагороди [85]. Однак, допомогою навчених лікарів користувалися переважно феодали та заможні верстви населення. До послуг менш заможних були лікарі-ремісники, які успадковували свою професію від батьків, а також знахарі, які користувалися переважно емпіричним досвідом та народною медициною, поєднаною з містичними віруваннями. Слід наголосити на тому, що представники офіційної медицини, отримуючи державну підтримку, у ті часи активно протидіяли медицині язичницькій. Як зазначають науковці, у «Статуті про церковні суди» Володимира Великого класифікували як злочин проти віри, крім волхвування, і «зелейництво», тобто використання різних лікувальних засобів язичницької медицини. [52, с. 60, 66].

У той час виділяли три самостійні форми надання медичної допомоги: народна, монастирська і світська (міська). Народна медицина, що заснована на традиціях язичества і діяла в умовах віри людей у надприродні сили, регулювалася силою звичаїв і морально-етичних норм. Монастирська медицина як варіант надання безвідплатної медичної допомоги в умовах лікарень, що функціонували при монастирях, регулювалася нормами Церковного Статуту, а світська медицина, більшою мірою регулювалася нормами Правди Руської, яка була першим збірником законодавчих актів всієї Київської Русі. Окремими статтями цього збірника регламентувалися норми суспільного життя, зокрема становище лікаря в суспільстві та рівень

оплати його праці, церквам наказувалося будувати лікарні та безкоштовно надавати медичну допомогу хворим і немічним [183, с. 5].

Отже, у Київській Русі медичне обслуговування здійснювалось у трьох різних організаційних формах: народної, монастирської і світської медицини. Перевага була за світською, що С. Г. Стеценко [248, с. 64] пояснює таким обставинами:

- лікарі у сфері міської медицини працювали на професійній основі;
- надання медичної допомоги було джерелом їх доходів;
- князівські родини і знатні люди у разі потреби зверталися до міських лікарів, це було додатковим стимулом для підтримки високого рівня якості надання медичної допомоги [248, с. 64].

У період з XIII і до першої половини XVII ст. українські землі перебували у складі різних держав. У 1240 р. Київ захопили орди Батия, а із середини XIV ст. українські території були розділені між різними державами: Польщею (Галичина), Угорщиною (Закарпаття), Молдавським князівством (Буковина), Кримським ханством (південний схід і південь, Крим). Усе це призвело до трагічної втрати надовго державності князівської Русі України, занепаду допомоги лічців, монахів, знахарів. Як відмічають Ю. В. Вороненко та Я. Ф. Радиш, відсутність державності у цей період призвела до того, що урядування взагалі та регламентація медичної діяльності з надання медичних послуг зокрема на українських теренах здійснювалися на підставі чинного законодавства титульних націй [37, 46].

Я. В. Ганіткевич зауважує, що після падіння Галицько-Волинської держави, переходу Галичини, західної Волині та Холмщини до Польщі в охороні здоров'я зростали західноєвропейські впливи та значення польської культури [40, 146]. Далі більша частина сучасної території України: українські землі Волині, Поділля, Київщини, Чернігово-Сіверщини знаходилась у складі Великого князівства Литовського, а з 1569 р. у складі

єдиної держави Речі Посполитої, створеної внаслідок підписання Люблінської унії між Литвою та Польщею. Однак не зважаючи на існування низки нормативних актів (Судебник Казимира IV (1468 р.), кодифіковані акти Магдебурзького права (XIII ст.), Литовські статuti 1529, 1566 і 1588 рр. тощо), які у вищезазначені історичні періоди регулювали багаточисельні правовідносини на теренах сучасної України, жоден з них не містив норм, що безпосередньо впливали б на розвиток системи охорони здоров'я, медичну діяльність та надання медичної послуги зокрема. А в період виникнення централізованої Московської держави і розквіту феодалізму зароджується державна медицина, яка в XVII сторіччі вже займає важливе місце також поступово витісняючи народну та монастирську медицини [125, с. 34; 135].

Згодом із державної медицини виокремлюється медичне забезпечення армії та державних службовців, що мало свої особливості поряд із загальнодержавною охороною здоров'я. Так, першим спеціальним державним органом, регулюючим медичну справу стала «Аптекарська ізба», створена наприкінці 1560-х років [254, с.114; 135].

Дещо пізніше, у Московській державі створюються «накази» – державні органи управління, серед яких у 1581 році з метою централізації державного управління охороною здоров'я та видачі дозволів на право займатися медичною діяльністю було створено Аптекарський наказ [135].

Управління Аптекарським наказом здійснювали знатні бояри та царські сановники, хоча існувала думка, що цим мають займатися спеціалісти-медики. Державна політика з питань медицини визначалась саме фахівцями – лікарями і аптекарями, але оскільки це були іноземці їх не запрошували до управління справами. Як орган управління Аптечний наказ відав всіма спеціалістами-медиками [154, с. 21-22].

Однак, з середини XVII ст. Аптекарський приказ піддається істотним організаційно-штатним змінам, у процесі яких він перетворюється з виключно придворного у загальнодержавний орган [65, с. 42]. У його віданні перебували всі категорії медичних працівників того часу: лікарі, аптекарі, костоправи, астрологи, травники. Серед оновлених функцій можна виділити такі: організація медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, видача дозволів на право займатися медичною діяльністю; організація воєнно-медичної служби; медичне освідування; підготовка медичних кадрів [248, с. 64].

Важливою правовою пам'яткою Московської держави було Соборне Уложення, затверджене Земським собором 1649 р. Однак проблемам регулювання системи охорони здоров'я та професійної діяльності медичних працівників з надання медичної послуги, за винятком встановлення їх відповідальності у разі скоєння медичної помилки при під час чи після надання медичної послуги, Уложення приділяє недостатньо уваги [222, с. 250].

Подальшого розвитку правова регламентація медичної діяльності з надання медичних послуг отримала за часів правління Петра I, реформи якого дали поштовх до великої кількості змін, які торкнулися також і медичної сфери. Пріоритетними у сфері медицини були наступні питання: підготовка вітчизняних медичних кадрів; створення нормативно-правових актів, що регулюють сферу медицини; будівництво шпиталів, організація медичних шкіл і відкриття аптек; реорганізація органів державного управління медичними справами [248].

Основу правового регулювання цього періоду склали Статут Військовий 1716 р. і Статут Морський 1720 р., які врегулювали питання щодо організації медичної діяльності та надання медичної допомоги [126, с. 195]. Так, у Військовому Статуті два розділи висвітлювали функціонування

військових госпіталів і професійну діяльність лікарів і аптекарів. Статут законодавчо закріпив безоплатну систему надання медичної допомоги в армії, за винятком випадків, коли стягнення плати за лікування було правомірним (венеричні хвороби, побутові травми, що отримані у позаслужбовий час). Морський Статут також приділяв значну увагу регулюванню медичної діяльності. Зокрема, у ньому існувала норма про те, щоб на кожному судні працював лікар, до відання якого були віднесені медична допомога хворим і пораненим та нагляд за якістю харчування [64, 14-15].

Наступний період розвитку досліджуваного регулювання розпочався з середини XVIII ст. до початку XX ст. (1917 р.). Слід зазначити, що за цих часів продовжувалась започаткований за правління Петра I курс розвитку медичної справи в країні, яка продовжувала мати тільки державний характер. Певні нововведення відбулися, із прийняттям: у 1735 р. «Генерального регламенту о госпиталях и должности врачей и других ...», в якому вперше законодавчо регламентувалися всі сфери діяльності російських госпіталів, в тому числі і діяльність госпітальних шкіл [154, с. 96]; указу імператриці Єлизавети Петрівни 1756 р., у другій половині XVIII ст, який продовжував удосконалювати службу міських лікарів чітко визначаючи їх обов'язки [154, с. 105].

Варто також відмітити, що у даний період відбулося запровадження приказної медицини, законодавчою основою якої став такий документ як «Установи для управління губерній Всеросійської імперії» (1775 р.), суть якого полягала в тому, що аптечні заклади, лікарні, госпітальні школи, які фінансувалися із державного бюджету та до 1755 р. підпорядковувалися Медичній колегії, стали підконтрольними місцевим органам управління – Приказам громадської опіки, метою яких було створення нової системи

допомоги бідним та нужденним, котра об'єднала в собі заклади соціальної і медичної допомоги, сиротинці, лікарні, аптеки [37, с. 47].

Надзвичайно важливе значення мав також згадуваний уже Аптекарський Статут (1789 р.), який «регламентував облаштування і роботу аптек, права й обов'язки аптечних працівників, обов'язковий набір медикаментів і ціни на них» [40, с. 152] та Лікарський Статут («Устав Врачебный»), виданий у 1857 р., розвив і узагальнив положення, закладені в інструкції 1797 р., який увійшов згодом до Зводу Законів 1857 р. Він складався з трьох книг: 1. Лікарські установи. 2. Статут медичної поліції. 3. Статут судової медицини. та вводив окремі елементи правового регулювання відносин по наданню медичної допомоги та, зокрема, порядок оплати медичних послуг [**Error! Reference source not found.**, с. 92, 559-620].

Наступний суттєвий здобуток у досліджуваній сфері відбувся у ХІХ століття, так як у вітчизняній медичній галузі відбулося запровадження земської медицини після скасування в 1861 р. в Російській імперії кріпацтва і створення місцевих органів самоврядування (земства з 1864 р.). Згідно з «Положенням про земські установи» на них покладалося «підкування в межах, законом визначених і переважно в господарському відношенні, про народне здоров'я» [159, с. 305].

Наступний етап розвитку правового забезпечення медичних послуг пов'язаний із пануванням на території України радянського режиму і охоплює період із 1917 по 1991 рр. Специфіка становлення правового регулювання досліджуваної сфери у даний період, окрім особливостей політичного режиму, обумовлена також тим: що Західний регіону України був приєднаний до радянської України тільки у 1939р.; що збігається з Великою Вітчизняною війною (1941–1945). [37, с. 48].

Правове регулювання медичної діяльності та надання медичної діяльності в Україні та, відповідне формування органів державного

управління охороною здоров'я в ХХ ст. мало свої особливості і відбувалося в складних соціально-політичних умовах та зумовлені передусім військово-політичною ситуацією. З позиції проф. Б. П. Криштопи, це пов'язано з тим, що за останні сто років Україна пройшла шлях від перебування свого Східного регіону в складі Російської, Західного - Австро-Угорської імперій та Польщі до проголошення Української Народної Республіки (1917 р.), її автономії та возз'єднання з Західноукраїнською Народною Республікою в єдину соборну Україну (1919 р.). Україна перетворилась на арену громадянської війни та іноземної інтервенції. Влада неодноразово переходила від однієї суспільно-політичної сили до іншої, що не сприяло розвитку національної державної системи охорони здоров'я. В цьому періоді необхідно виділити етап визвольної боротьби українського народу за державну незалежність (1917–1920). Особливістю державного управління на першому з виокремлених нами двох етапів є створення спеціальних українських владних структур для керівництва охороною здоров'я та практичне здійснення медичного забезпечення легіону Українських січових стрільців і Української Галицької Армії [37, с. 45, 48]. Міністерство народного здоров'я та опікування яке було утворено у 1918 р. мало розробити статут своєї установи, що повинен був врегулювати питання у сфері охорони здоров'я, оскільки документи царського періоду не відповідали тодішнім запитам і потребували негайного перегляду. Цей же документ мав окреслити повноваження і завдання Міністерства. Відповідно до нового статуту, були поставлені такі завдання: а) покращення рівня соціального забезпечення найбільш вразливих верств населення; б) поліпшення якості медичного обслуговування; в) ліквідація епідемій; г) санітарна просвіта населення. Треба зазначити, що Міністерство народного здоров'я та опікування за короткий період свого існування не тільки визначило основні напрями, а й розбудувало галузь охорони здоров'я [41, с. 71].

Говорячи про правове забезпечення охорони здоров'я в зазначений період, варто зазначити, що питання «охорони народного здоров'я» були включені до порядку денного Радянського уряду і місцевих органів влади відразу після революції 1917 р. Вже в перші дні радянської влади видається ряд декретів, які спрямовувалися на подолання ряду інфекційних та інших захворювань, що поширилися на значній території держави, зокрема тифу, малярії, віспи, дифтерії та ін., на охорону материнства і дитинства, соціальне страхування та ін. Серед нормативно-правових актів які почали діяти в сфері надання медичної допомоги та послуги можна виділи: Декрет (Положення) про професійну роботу і права медичних працівників (1924 р.) який виступав своєрідним статутом, що регламентував лікарську діяльність; Постанова ЦК ВКП (б) «Про медичне обслуговування робітників і селян» (1929 р.) [246, с. 162], яка визначила магістральний напрям розвитку радянської охорони здоров'я.

У цілому слід відзначити підвищену увагу Радянського Союзу до здоров'я населення: питання у цій сфері постійно включалися до програм Комуністичної партії та врегульовувалася законами, постановами, які регламентували вимоги і норми у сфері санітарно-гігієнічної охорони праці і побуту населення (санітарне законодавство), постановами з питань боротьби з інфекційними та іншими захворюваннями, а також з організації охорони здоров'я [240, с. 15-16].

Можна стверджувати, що в галузі охорони здоров'я союзний уряд (Рада народних комісарів) зробив акцент на забезпечення дотримання принципу законності в державному управлінні, під яким В. М. Соловйов пропонує розуміти наявність закріплених у нормативно-правових актах правових ієрархічних норм, які враховують реалії часу та реалізуються державними органами, посадовими особами й громадянами [240, с. 15-16].

Протягом 1941–1945 рр. діяльність усіх органів державної влади повністю підпорядковувалась законам воєнного часу. Однак на початку другої половини XX ст. у СРСР спостерігається хвиля актуалізації питань охорони здоров'я і медичної науки, які знайшли своє відображення у ряді постанов ЦК КПРС і Радянського уряду. Зокрема, постановою ЦК КПРС і Ради міністрів СРСР «Про заходи щодо подальшого поліпшення медичного обслуговування і охорони здоров'я населення СРСР» від 14.01.1960 р. [268, с.173-175] ради міністрів республік, обласні та крайові виконкоми було зобов'язано вживати заходів щодо розширення мережі медичних закладів шляхом спрямування капіталовкладень насамперед на будівництво лікарень, поліклінік, пологових будинків, забезпечення кваліфікованою медичною допомогою і підвищення культури медичного обслуговування населення [108, с. 214]

Загалом, у Радянському Союзі принципи системи охорони здоров'я монополюно визначалися політичним курсом КПРС. Зокрема, у прийнятій 22-м з'їздом КПРС Програмі Комуністичної партії СРСР задекларовано, що «соціалістична держава - єдина держава, яка бере на себе турботу про охорону і постійне поліпшення здоров'я усього населення. Це забезпечується системою соціально-економічних і медичних заходів» [210, с. 96]. На основі цього подальшим кроком у напрямі розвитку охорони здоров'я стала постанова ЦК КПРС і Ради міністрів СРСР «Про заходи щодо подальшого поліпшення охорони здоров'я і розвитку медичної науки в країні» від 1968 р. [171].

Цим нормативним актом зобов'язано центральні і місцеві органи виконавчої влади вживати рішучих заходів щодо вдосконалення роботи медичних установ і підвищено відповідальність органів охорони здоров'я науково-дослідних інститутів, вищих медичних навчальних закладів і лікувально-профілактичних установ за подальше поліпшення якості медичної

допомоги й охорони здоров'я населення наукових досліджень і підготовки медичних кадрів. До найважливіших завдань у сфері охорони здоров'я населення було віднесено проведення профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів. Наступними важливим нормативно-правовим актом у сфері надання медичної допомоги та надання медичних послуг стає №Основи законодавства про охорону здоров'я № (1969 р.), який був покладений в основу Закону УРСР «Про охорону здоров'я» (1971 р.), однак, як зазначав З. С. Гладун, цей фінальний закон суттєво не змінив стан правового регулювання галузі, оскільки був «декларативним» і практично не застосовувався на фоні вище наведених актів [73, с. 29].

Аналіз положень зазначених вище офіційних документів та результати їх узагальнення дали нам можливість виокремити такі основні принципи радянської системи охорони здоров'я: безкоштовності; загальнодоступності; наукового підходу; кваліфікованості медичної допомоги; профілактичної спрямованості; санітарно-протиепідемічної спрямованості; охорони материнства і дитинства; участі громадськості [108, с. 215].

Втім незважаючи на означені позитивні аспекти, В. І. Покровський наголошував, що радянський період правового регулювання відносин, пов'язаних з наданням медичних послуг, мав ряд проблем. Така дане регулювання здійснювалося різними галузями права. Крім того безпосередні відносини між медичним закладом і пацієнтом, що звернувся за медичною допомогою, будувалися як правило, за патерналістською моделлю. Це зумовило широко розповсюджену уяву людей про власне здоров'я як про щось на зразок державної, казенної власності, а лікар був призначений державою для управління нею [188, с. 7].

Подальше становлення і розвиток правового забезпечення медичної діяльності в сфері надання медичних послуг безпосередньо пов'язані з проголошенням незалежності України та зумовленими нею демократичними

перетвореннями, що спричинило необхідність формування нової, сучасної правової бази, у тому числі в охороні здоров'я. Адже якість та ефективність реалізації державної політики, успішність проведення реформ у зазначеній галузі значною мірою залежить від наявності якісного законодавства. Фундамент для побудови останнього становить Конституція України, як основоположний правовий акт будь-якої держави. Безпосередньо питанню надання медичної допомоги увага присвячена у ст. 49 Конституції України, в якій кожному гарантується «...право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Насправді, безоплатної медичної допомоги немає в жодній країні світу і завжди комусь приходится платити за надані медичні послуги, якщо не пацієнту, то за рахунок державних коштів чи коштів спеціально створених установ (наприклад, фондів) [116].

Що стосується законів, які регламентують право на охорону здоров'я і медичні послуги то центральне місце посідає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. [83]. По суті, саме в цьому нормативно-правовому акті знаходять своє конкретизоване відображення норми Конституції України та визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні в сфері здійснення медичної діяльності з надання медичних послуг.

Звісно, що сучасна нормативна правова база України не обмежується зазначеними нами актами. Протягом часів незалежності було створено та введено в дію велика кількість нормативно-правових документів, спрямованих на врегулювання відносин у сфері охорони здоров'я. В останні роки було прийнято декілька важливих документів, спрямованих на

посилення гарантій реалізації населенням своїх прав у зазначеній сфері, як то Закони «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. В цілому позитивно оцінюючи прийняття даних законів, слід констатувати, що в Україні досі не сформовано належного, цілісного законодавчого базису для проведення якісних змін у сфері надання медичних послуг та побудови нової, ефективної та дієвої системи медичного обслуговування [89].

Підбиваючи підсумок, треба зазначити, що досягнення і подолання сучасного правового регулювання надання медичних послуг у значній мірі обумовлені історичними аспектами становлення та розвитку української державності та національної системи права. В ході дослідження формування та розвитку медичної діяльності в Україні нами було виокремлено такі часові етапи: кінець IX ст.— до першої половини XVII ст.; друга половина XVII ст., розпочинаючи з правління Петра I, який поклав початок реформам в медичній сфері – до початку XX ст.(1917 р.); 1917–1991 рр.; з 1991 р.. Однією із особливостей, що обумовлюють розвиток правового регулювання медичних послуг сьогодні, є курс України на європейську інтеграцію, що обумовлює активне впровадження в нашої державі відповідних європейських стандартів, гармонізацію українського законодавства з правом Європейського союзу, де зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя та гідного існування людини, а охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання, що в свою чергу стає детермінантом для розробки ефективної нормативної бази необхідної для реалізації громадянами права на медичні послуги.

1.3 Місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні

Сучасний стан розвитку України характеризується кардинальними змінами та принциповими перетвореннями в адміністративно-політичній, соціальній та економічній сферах життя. Одним із важливих і дуже актуальних питань у соціальній сфері є запровадження в державі цілісної, ефективної та дієвої системи надання медичних послуг, що ґрунтується як на приватно-, так і публічно-правових відносинах. Дані правовідносини слід розуміти як зв'язок або взаємозв'язок між суб'єктами права та суспільства, які виражаються в реалізації їх суб'єктивних прав і юридичних обов'язків або взаємовідносин (взаємозв'язків) суб'єктів права, які мають правову форму [286, с. 1117; 146]. Які в свою чергу забезпечуються державно-правовими засобами, зокрема й державним примусом. Звідси 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 [277, с. 78; 146].

Виходячи з того, що сфера медичної діяльності являє собою приклад сукупності складних взаємопов'язаних суспільних відносин, то взаємини медичних працівників і пацієнтів, що виникають в процесі надання медичної допомоги та медичних послуг є різновидом правових відносин, які в широкому сенсі, базуються на визначенні юридичної природи відносин між основними учасниками медико-правових відносин: суб'єктами, що надають медичну допомогу (медичний заклад, медичний працівник) і суб'єктами, які отримують медичну допомогу (пацієнт). Хоча і в меншій мірі, але в процесі надання медичної допомоги бере участь і треті особи - суб'єкти, що забезпечують надання медичної допомоги: адміністративно-господарські та

технічні служби, страхові організації та інші установи та фізичні особи [182, с. 30].

Варто зазначити, що серед фахівців немає єдності в тому, до якої ж галузі сучасного права віднести правовідносини, змістом яких є медичне обслуговування та надання медичної допомоги. А у зв'язку з реформуванням вітчизняної охорони здоров'я та медичної допомоги додаткової актуальності набуває дискусія про медичне право, галузеву належність відносин у сфері охорони здоров'я і форму систематизації відповідних правових норм [138].

В юридичній літературі знаходимо різні точки зору щодо галузевої належності відносин, пов'язаних із наданням медичної допомоги [122]. На думку І. О. Покровського, це зумовлено тим, що в різні епохи відносини з охорони здоров'я регулювалися нормами то публічного, то приватного (цивільного) права [189, с. 104; 122].

Аналіз наукових джерел дає підстави виокремити чотири основні позиції, згідно з якими відносини з приводу медичного обслуговування та медичної допомоги, а саме, що він є:

– регулюються цивільним правом, такої позиції притримуються В. К. Субботенко [252, с. 139], Р. А. Майданник [138, с. 235-236], В. А. Ойгензіхт [173, с. 49-50], , А. М. Савицька [225, с. 33-47], Д. Г. Хечуріані [278, с. 124], В. К. Єрмолаєв [76, с. 10].

– регулюються правом забезпечення, такої позиції притримуються В. І. Акопов [5, с. 21], Р. Ю. Гревцова [54; 55, с. 153], Л. Н. Дешко [63, с. 120-124], А. Р. Масалімова [147, с. 144], А. А. Мохов [162, с. 122], А.В. Тіхоміров [501, с. 9], Н. Б. Болотіна [26, с. 116-121];

– регулюються медичним правом як комплексною галуззю права, такої позиції притримуються С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко та І. Я. Сенюта [248, с. 320], О. М. Гладун [46, с. 182], Е. Н. Голенко, В. І. Ковальов, Р. І. Іванова [138, с. 235], І. В. Солопова [243, с. 10].

– регулюються адміністративного правом, такої позиції притримуються В. П. Новосьолов [168, с. 10], М. М. Малєїна [141, с. 29]

На наше переконання, саме нормами адміністративно права регулюється значна кількість правовідносин у сфері надання медичних послуг, хоча медичний заклад не може мати стосовно пацієнта в процесі надання самої медичної допомоги адміністративно-владних повноважень. Проте, адміністративними є правовідносини з державного управління сферою охорони здоров'я. А в сучасних умовах динамічних соціально-економічних та політичних змін в Україні, в яких функціонують органи управління та заклади охорони здоров'я, необхідно управляти їх розвитком, спрямованим у майбутнє. Організації сфери охорони здоров'я повинні бути активними учасниками процесу управління її розвитком. Але результат таких зусиль залежить і від змін у тенденціях суспільного розвитку, що можуть вплинути на сценарії майбутнього, зокрема такі, як динаміка економічного зростання; розвиток сучасних медичних технологій та ринку постачальників і покупців медичних послуг; еволюція організаційно-правових засад системи охорони здоров'я тощо [242, с. 126].

Світовий досвід свідчить, що, незалежно від специфіки системи охорони здоров'я, держава завжди суттєво впливає на процес створення та надання медичних послуг населенню. Враховуючи велике соціальне і політичне значення охорони здоров'я, те на якому якісному рівні вона буде організована, скільки коштів (сума у Державному бюджеті) передбачено на її функціонування та розвиток, значною мірою визначає рівень соціально-економічного розвитку держави, її місце та імідж у світі. Тому, державне регулювання цих відносин спрямовано на досягнення наступних цілей:

- створення умов для задоволення потреб населення в якісних медичних послугах;
- забезпечення стійких темпів розвитку галузі;

- підтримка наукового потенціалу галузі;
- регулювання структурних змін в охороні здоров'я, викликаних рівнем захворюваності населення, демографічною ситуацією в країні [107, с. 144-145].

Тож держава, як суб'єкт нормотворчості, зокрема адміністративної, створює правової основи діяльності у сфері медичного обслуговування. Ця функція держави полягає у розробці законодавчих і нормативних документів, що регулюють механізм функціонування охорони здоров'я в цілому й окремих її суб'єктах. Одночасно державі необхідно контролювати виконання встановлених законодавчих і нормативних документів [107, с. 149-150].

Так, за період незалежності України в основному сформована нормативно-правова база з питань охорони здоров'я, до складу якої входить понад 6 тисячі законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів. Вони мають комплексний характер, оскільки містять норми багатьох галузей права, зокрема адміністративного, цивільного, кримінального, фінансового, трудового, соціального забезпечення тощо. Міністерство охорони здоров'я за участю інших центральних органів виконавчої влади у співпраці з Верховною Радою та Кабінетом Міністрів України провело значну роботу з формування нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, зокрема з розробки і прийняття підзаконних відомчих нормативно-правових актів, з яких виділяються – санітарні правила і норми. Щороку МОЗ України приймає близько тисячі наказів нормативного характеру [170, с. 3].

Наразі законодавче підґрунтя сфері охорони здоров'я в нашій державі складається з нормативно-правових актів, як загального управлінського спрямування, так і спеціально присвячених досліджуваній сфері. До перших належать норми Конституції України, законів України «Про місцеві державні адміністрації», «Про місцеве самоврядування», «Про державну службу», «Про звернення громадян», «Про державну статистику», «Про джерела

фінансування органів державної влади», указів Президента України «Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні» від 22 липня 1998 р. № 810, «Про систему центральних органів виконавчої влади» від 15 грудня 1999 р. № 1572, «Про Концепцію державної регіональної політики» від 25 травня 2001 р. № 341 та ін. Другу групу (правове регулювання здійснення управління саме у сфері охорони здоров'я) складають: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [175], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII [202], Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» ВІД 14.11.2017 № 2206-VIII [207]; Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» [206], Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 [196], Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 1997 р. № 174 [190] та ін.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», займаючи центральне місце серед законів у сфері надання медичних послуг в ньому знаходять своє конкретизоване відображення норми Конституції України. Цей комплексний законодавчий акт містить норми різних галузей права. З одного боку, до нього входять норми, що регулюють адміністративно-правові відносини між органами управління охороною здоров'я і лікувальними закладами з управління цими закладами, з другого боку, норми, що регулюють цивільно-правові відносини, які передбачають права і обов'язки пацієнтів, медичних та фармацевтичних працівників та ін. Цей нормативний акт є своєрідною декларацією прав громадян на охорону здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні і соціальні засади

охорони здоров'я України та регулює суспільні відносини у цій галузі. Він закріплює засади державної політики в галузі охорони здоров'я, принципи охорони здоров'я, визначає зміст права на охорону здоров'я і обов'язки громадян [43, с. 23].

Інший важливий напрям державного адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я – створення суспільних медичних послуг. Як відомо, ринок спроможний виявити та задовольнити лише попит на приватні медичні послуги. Створення та реалізація суспільних медичних послуг є завданням держави [184].

Також важливий напрям державного регулювання охорони здоров'я – забезпечення високої якості медичних послуг. Останнім часом у світовій практиці проблемам якості приділяється істотна увага. Розроблено міжнародний стандарт загального управління якістю. У цей час контроль якості медичної допомоги в Україні здійснюється посадовими особами медичних організацій, клініко-експертними комісіями та головними спеціалістами всіх рівнів системи охорони здоров'я. Істотна роль у процесі оцінки якості медичних послуг повинна належати страховим медичним організаціям. Найважливішим напрямом управління якістю медичної населенню є система ліцензування медичної діяльності [107, с. 149; 184].

Тож, вважаємо, що серед правових норм, які регулюють відносини у сфері охорони громадського здоров'я, центральне місце належить нормам адміністративного права, що дозволяє говорити про адміністративно-правову охорону здоров'я. Адміністративно-правова охорона здоров'я передбачає здійснення певного виду різноманітних заходів із метою забезпечення і зміцнення здоров'я засобами адміністративного права. Саме норми публічного права визначають мету і завдання цих заходів, закріплюють повноваження відповідних органів публічної влади, зокрема медичної, адміністрації, шляхом встановлення ієрархічних зв'язків поєднують мережу

органів, закладів та установ охорони здоров'я в єдину національну систему охорони здоров'я. Водночас надання медичної послуги окремій людині (пацієнту), регулювання відносин між пацієнтом та його рідними і близькими, з одного боку, і медичним закладом чи працівниками охорони здоров'я – з другого, регулюються нормами приватного (цивільного) права. Тобто адміністративно-правове регулювання повинне створювати необхідні передумови для вдосконалення цивільно-правового регулювання відносин з обслуговування, але не підміняти одне іншим» [103, с. 19].

Владними повноваженнями у напрямку здійснення медичної діяльності в сфері надання медичних послуг володіють відповідні органи і посадові особи. Проте вказані суб'єкти мають право використовувати адміністративно-владні повноваження щодо підлеглих їм працівників, а не щодо пацієнтів. Враховуючи наведене необхідно погодитись з тезою про те, що пацієнти зобов'язані виконувати розпорядження медичного закладу, дотримуватися встановленого режиму, не може служити підставою для визначення цих відносин як адміністративно-правових. Обов'язок виконувати розпорядження медичного закладу виникає не з акту примусу, а приймається особою по своїй волі, і пацієнт може припинити свої відносини з медичним закладом на свій розсуд, що не властиве адміністративному методу регулювання [103, с. 19].

Враховуючи викладене, можна сказати, що:

По-перше, на сьогодні в нашій державі не сформовано галузь медичного права, тому медичні правовідносини які виникають при наданні медичних послуг та медичної допомоги базуються на засадах і нормах цивільного, адміністративного права, права соціального забезпечення тощо, а також інших галузей права, що свідчити про певну комплексність та різноплановість медичного законодавства.

По-друге, регулювання правовідносин в сфері надання медичних послуг поєднує імперативний та диспозитивний методи впливу. Тобто норми адміністративного права діють, коли йдеться про впорядкування взаємовідносин суб'єктів публічного управління із суб'єктами надання медичних послуг. У той же час правові відносини між пацієнтом і лікарем при наданні медичної допомоги регулюються за допомогою цивільно-правових норм, завдяки чому забезпечується рівність суб'єктів правовідносин і можливість самостійного визначення своєї поведінки [248].

По-третє, можемо констатувати, що через вказану нами комплексність регулювання надання медичних послуг ми не можемо визнати правовідносини з надання медичних послуг як такі, що мають суто адміністративно-правовий характер. Втім, вважаємо, що роль та місце адміністративного права в цій сфері найбільш яскраво виявляється тоді, коли мова йде про участь держави в організації, управлінні, фінансуванні системи надання медичних послуг, здійсненні нагляду і контролю за нею [98].

Висновки до Розділу 1

Обґрунтовано, що медична послуга і медична допомога не тотожні поняття. Це пояснюється тим, що медична послуга є більш вузькою категорією ніж медична допомога через те, що вона має договірний характер, зосереджується на домовленостях між контрагентами, що передбачають персоналізацію та зазвичай включає платність її надання, чого не можемо сказати про «медичну допомогу». Так як остання може включати в себе і комплекс медичних послуг, який надається всім фізичним особам без виключення.

Відзначено, що складність у визначенні поняття «медична послуга» безпосередньо пов'язана зі складністю поняття «послуги» яке є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності суб'єктів, які беруть на себе обов'язок щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ, що повинно призвести до корисного ефекту.

Встановлено, що медична послуга – це врегульований законом та (або) договором особливий різновид суспільної послуги, що може мати оплатний характер, яка надається спеціальним суб'єктом в особі медичного фахівця, та спрямована на діагностику, профілактику захворювань, підтримання та покращення фізичного чи психічного здоров'я людини, внесення естетичних змін до її зовнішності.

Зазначено, що досягнення і недоліки сучасного правового регулювання надання медичних послуг у значній мірі обумовлені історичними аспектами становлення та розвитку української державності та національної системи права. В ході дослідження формування та розвитку медичної діяльності в Україні нами було виокремлено такі часові етапи: кінець IX ст.— до першої половини XVII ст.; друга половина XVII ст., розпочинаючи з правління Петра I, який поклав початок реформам в медичній сфері – до початку XX ст.(1917 р.); 1917–1991 рр.; з 1991 р..

Однією із особливостей, що обумовлюють розвиток правового регулювання медичних послуг сьогодні, є курс України на європейську інтеграцію, що обумовлює активне впровадження в нашої державі відповідних європейських стандартів, гармонізацію українського законодавства з правом Європейського союзу, де зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя та гідного існування людини, а охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання, що в свою чергу стає детермінантом для розробки ефективної

нормативної бази необхідної для реалізації громадянами права на медичні послуги.

Акцентовано увагу, що на сьогоднішній день в нашій державі не сформовано галузь медичного права, а тому медичні правовідносини, які виникають при наданні медичних послуг та медичної допомоги, базуються на засадах і нормах цивільного, адміністративного права, права соціального забезпечення, тощо, а також інших галузей права, що свідчити про певну комплексність та різноплановість медичного законодавства.

Доведено, що регулювання правовідносин в сфері надання медичних послуг поєднує імперативний та диспозитивний методи впливу. Тобто норми адміністративного права діють, коли йдеться про впорядкування взаємовідносин суб'єктів публічного управління із суб'єктами надання медичних послуг.

Констатовано, що через комплексність регулювання надання медичних послуг, ми не можемо визнати правовідносини з надання медичних послуг як такі, що мають суто адміністративно-правовий характер. Втім, відзначено, що роль та місце адміністративного права в цій сфері найбільш яскраво виявляється тоді, коли мова йде про участь держави в організації, управлінні, фінансуванні системи надання медичних послуг, здійсненні нагляду і контролю за нею.

РОЗДІЛ 2 АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

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

Процес реформування сфери охорони здоров'я загалом, та системи надання медичних послуг зокрема, передбачає в якості важливого кроку удосконалення механізму адміністративно-правового регулювання реалізації гарантованих державою прав на охорону здоров'я, яке закріплено в Основному Законі. Тобто регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я, а саме в сфері надання медичних послуг пов'язане зі встановленням державою певного правового регулятивного впливу на відповідні суспільні відносини органів виконавчої влади, місцевого самоврядування в питання організації охорони здоров'я. Встановлення такого впливу забезпечується дією відповідних механізмів, серед яких найважливішим є механізм адміністративно-правового регулювання.

При характеристиці механізму адміністративно-правового регулювання доцільно звернутися до характеристики загального поняття «механізм» та «механізм правового регулювання».

Термін механізм походить від гр. *mechané* (машина) і сьогодні має різні трактування, сутність та особливості яких залежать від сфери застосування. Найбільш уживано цей термін у технічній сфері, де він трактується як: 1. пристрій, що передає або перетворює рух, 2. внутрішня будова, система чогонебудь та як 3. сукупність станів і процесів, з яких складається певне фізичне, хімічне та ін. явище [22, с. 695].

П.С. Рудницький зазначає, що категорію «механізм» 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. При цьому у своєму дослідженні він наводить безпосереднє призначення механізму, яким є перетворення чогось у щось – правової матерії в узгоджену діяльність людей, які зазнають впливу права, правових норм як декларативних приписів – у реальну практику суспільного життя; соціальної дії чи ситуації - в нове соціальне явище, новий соціальний процес чи новий стан; нормативності права - в упорядкованість суспільних відносин та ін. [224, с. 681

Звідси категорія «механізм», з огляду на свою специфіку, має значні пізнавальні можливості для опису явищ і процесів суспільно-політичного життя. Її застосування ускладнює неоднозначне трактування у суспільно орієнтованих науках, зокрема політології, соціології, правових науках, науці державного управління та інших [224, с. 683].

Фактично механізм відповідає на питання «як», «яким чином», «завдяки чому» право, зокрема, адміністративне, реально урегульовує ті чи інші суспільні відносини. Важливим у цьому сенсі є використання досягнень теорії держави і права як теоретико-методологічної основи галузевих дисциплін, у тому числі адміністративного права [287, с. 52]. Тож, для надання вказаному явищу правового розуміння необхідно встановити, що правове регулювання здійснюється на системних засадах, через взаємодію багатьох юридичних станів, конкретний порядок яких визначають у правознавстві як механізм правового регулювання який має свій склад і структуру [281, с. 220]. При цьому вважаємо доречним звернути увагу на те, 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 [174, с. 336].

Так, О. Ф. Скакун механізм правового регулювання тлумачить як узяті в єдності систему правових засобів, способів і форм, за допомогою яких нормативність права переводиться в упорядкованість суспільних відносин, задовольняються інтереси суб'єктів права, встановлюється і забезпечується правопорядок («належне» у праві стає «сущим») [236, с.498; 61, с.146-148].

Механізм правового регулювання, пише Ю.А. Ведерніков, — це взята в сукупності система правових засобів, за допомогою яких здійснюється правове регулювання суспільних відносин. За допомогою цієї системи правових засобів, способів і форм, продовжує юрист, нормативність права переводиться у впорядкованість суспільних відносин, задовольняються інтереси суб'єктів права, встановлюється і забезпечується правопорядок [31].

К. Валігура зазначає, що механізм правового регулювання є певною теоретико-методологічною категорією, яка дозволяє виявити місце, «субординацію», функції, правові засоби, які застосовуються в процесі правового регулювання на різних стадіях, і надає можливість уявити у взаємозв'язку всі правові засоби, на основі яких відбувається правове регулювання. Звідси під механізмом правового регулювання, на її думку, необхідно розуміти взяті в єдності та взаємодії правові засоби, що беруть участь у правовому регулюванні суспільних відносин [30].

М. В. Цвік у своїх працях пише, що правове регулювання засновується на складній взаємодії майже всіх правових явищ: правової свідомості принципів права, правових норм, актів їхнього тлумачення і застосування, юридичних фактів, правових відносин, суб'єктивних юридичних прав і обов'язків, актів реалізації юридичних норм, правової культури, законності і

т. ін. Для відображення характеру зв'язків між цими явищами, що виступають як своєрідні засоби (форми) вирішення завдань правового регулювання, висвітлення функціонального призначення кожного з них у цьому процесі, у правознавстві використовується така категорія, як механізм правового регулювання. Тож, механізм правового регулювання може бути визначений як система послідовно організованих юридичних засобів (явищ), за допомогою яких досягаються цілі правового регулювання [81, с.413].

О. В. Петришин вважає, що «механізм правового регулювання - це логічно узгоджена, динамічна система уніфікованих юридичних засобів, необхідна і достатня для забезпечення результативного правового регулювання суспільних відносин. Ця категорія дозволяє зібрати разом і поєднати в цілісний, логічно узгоджений комплекс юридичні засоби (норми права, нормативно-правові акти, акти застосування права, акти реалізації прав та обов'язків тощо), дослідити та висвітлити їх як динамічну і дієву систему» [180, с. 137].

Важливими аспектами такого розуміння механізму правового регулювання у контексті досліджуваної проблематики є такі:

- по-перше, цілісний узгоджений комплекс юридичних засобів свідчить про те, що механізм адміністративно-правового регулювання має бути внутрішньо узгодженим та достатнім для виконання основного завдання - урегулювання суспільних відносин, що виникають у сфері організації та надання медичної допомоги та медичних послуг [287, с. 53];
- по-друге, динамічність та дієвість системи робить можливим здійснювати адміністративно-правове регулювання більш комплексно на фоні динамічності змін самої сфери охорони здоров'я, її фінансового забезпечення, організаційної структури тощо [287, с. 53].

Слід відмітити позицією, яку наводить С. С. Алексеев, що механізм правового регулювання – це сукупність правових засобів, за допомогою яких держава здійснює правовий вплив на суспільні відносини в бажаному для неї напрямку [7, с. 207].

Слушну думку висловив В. В. Копейчиков, коли охарактеризував аналізоване явище як сукупність правових засобів, за допомогою яких поведінка суб'єктів суспільних відносин приводиться відповідно до вимог і дозволів, що містяться у нормах права [118, с. 220].

М. І. Матузов розуміє механізм правового регулювання як систему юридичних засобів, організованих найбільш послідовним чином, з метою упорядкування суспільних відносин, сприяння задоволенню інтересів суб'єктів права. До складу даного механізму, на думку правника, входять: норма права, юридичний факт або фактичний склад (особливо організаційно-виконавчий правозастосовний акт), правовідносини, акти реалізації прав та обов'язків, охоронний правозастосовний акт. В якості додаткових елементів механізму можуть бути: акти офіційного тлумачення норм права, правосвідомість, режим законності та ін. [255, с.470-473].

Що стосується механізму адміністративно-правового регулювання, то у спеціальній літературі наводиться значна кількість різноманітних точок зору, як щодо його сутності, так і структури, тобто кола складових елементів, за допомогою яких здійснюється управлінський вплив заради досягнення відповідних цілей.

Так, наприклад, на переконання П. Фатєєва, механізм адміністративно-правового регулювання, будучи частиною системи механізму правового регулювання в цілому, містить по суті той же набір правових засобів (норми, правовідносини, акти застосування права), за допомогою яких здійснюється впорядкований вплив на суспільні явища. Разом із тим механізму

адміністративно-правового регулювання властиві свої специфічні особливості, які дозволяють виділити його в самостійний блок [272, с. 18].

А ось за думкою професора С. Стеценка, сьогодні механізм адміністративно-правового регулювання 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 [247, с. 212].

З точки зору І.П. Голосніченка, під механізмом адміністративно-правового регулювання необхідно розуміти сукупність адміністративно-правових засобів, за допомогою яких справляється вплив на відносини, що виникають в процесі здійснення виконавчої влади. До елементів, які входять до структури механізму адміністративно-правового регулювання, він відносить: норми адміністративного права, адміністративно-правові відносини, акти тлумачення норм адміністративного права та акти реалізації адміністративно-правових норм і відносин [51, с.20-21].

Т. С. Гончарук та Х. П. Ярмачі притримуються думки, що механізм адміністративно-правового регулювання – є системою адміністративно-правових засобів (елементів), за допомогою яких здійснюється правове регулювання (упорядкування) суспільних відносин у сфері державного управління, а структуру механізму адміністративно-правового регулювання як: адміністративно-правові норми, акти тлумачення та акти реалізації адміністративно-правових норм та адміністративно-правові відносини [53, с. 23, 297, с. 49; 146].

Схожою з попередньою є позиція В. Н. Хропанюка, який під механізмом адміністративно-правового регулювання пропонує розуміти систему правових засобів, за допомогою яких здійснюється упорядкування

суспільних відносин відповідно до мети й завдань правової держави. Структура такого механізму, на його думку, полягає у нормах права, правовідносинах та актах реалізації юридичних прав та обов'язків [279, с.341-342; 146].

Щодо особливостей механізму адміністративно-правового регулювання – зазначає Маркіна А.М. [146] –, то до них належать зокрема такі: він становить собою сукупність юридичних засобів; засоби відзначаються адміністративно-правовим характером; об'єктом впливу постають управлінські відносини; спрямований на вирішення завдань суспільства і держави; активізується суб'єктами управлінських відносин; підвищує рівень їх правосвідомості, правової культури; забезпечується примусовою силою держави [140; 146].

З цього приводу А. Пиголкін, 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 він за допомогою системи правових засобів і методів правового регулювання, зокрема таких, як дозволи, заборони, обв'язування, імперативні й диспозитивні методи регулювання і т.д. [181, 120· с. 76; 146].

З огляду на вище викладене, можемо контактувати, що на даний час в юридичній науці склалося декілька підходів до визначення елементів механізму правового регулювання, перший з яких характеризується

визначенням сукупності елементів, що беруть участь у процесі впорядкування суспільних відносин, а саме:

- норма права, як безпосередній регулятор поведінки суб'єктів права, що наділяє їх визначеним обсягом взаємних суб'єктивних прав та юридичних обов'язків [296, с. 26-27];

- нормативно-правовий акт, як форма існування попереднього елемента, трансформація в яку надає правовій нормі формально-визначеність, офіційність та загальнообов'язковість [296, с. 26-27];

- юридичний факт, як правило, його значення недооцінюється і юридичний факт визнається підпорядкованою правовою категорією [296, с. 26-27];

- правові відносини. Це не є абстрактна модель поведінки суб'єктів права, а реалізація її зразка, викладеного в нормі права;

- тлумачення права. Діяльність із визначення змісту норми права у разі її незрозумілості чи невідповідності вимогам юридичної техніки;

- реалізація права. У науковій літературі висловлюється думка, що нерідко реалізація норм здійснюється поза допомогою правовідносин;

- законність, реалізація правових приписів через дотримання нормативно-правових вимог суб'єктами права;

- правосвідомість, усвідомлення суб'єктами правових приписів;

- правова культура. Проявляється в спілкуванні та поведінці суб'єктів взаємодії і формується під впливом системи культурного та правового виховання і навчання;

- правомірна поведінка. Діяльність суб'єктів, що відповідає вимогам норм права та соціально корисним цілям і знаходиться в установлених законодавством межах;

- протиправна поведінка. Антипод попереднього елемента;

– юридична відповідальність. Міра державного примусу, що застосовується до правопорушника [127, с. 47].

Вказана вище позиція нараховує велику кількість правових засобів, що, на думку її прихильників, входять до механізму правового регулювання, але місце та доцільність віднесення окремих із них до внутрішньої структури аналізованого явища у галузі надання медичних послуг у нас викликає сумніви.

Другий підхід до елементної будови механізму правового регулювання є вузьким і включає лише ті елементи, що складають базу регулятивної функції права: норми права, нормативно-правові акти, правовідносини, правореалізація та законність. Кожен із перелічених елементів даної системи виконує відповідну функцію у задоволенні потреб суб'єктів, у регулюванні суспільних відносин, у досягненні ефективності правового регулювання [127, с. 47-48].

Крім цього, існує думка про поділ елементів механізму правового регулювання на основні та факультативні, при чому кожний з них пов'язується з його конкретною стадією. Такий підхід, на думку його авторів, дозволяє контролювати модель обов'язкової та дозволеної поведінки за допомогою норми права [229, с. 10–16].

Також окремі фахівці пропонують включати до складу механізму правового регулювання виключно правові норми, юридичні факти, правовідносини, акти реалізації та застосування права [78, с. 117].

Формуючи структурні елементами саме механізму адміністративно-правового регулювання процесу надання медичної послуги найактуальнішими та доречними, є виокремлювати:

- норми адміністративного права, що закріплюють права та обов'язки суб'єктів, які беруть участь у процесі надання медичної послуги та медичної допомоги;

- адміністративно-правові відносини, що складаються у процесі спільної діяльності суб'єктів взаємодії у сфері надання медичних послуг;
- акти реалізації суб'єктами прав та обов'язків, що виражаються у втіленні приписів норм адміністративного права у процесі взаємодії суб'єктів, що беруть участь у процесі надання медичної послуги та медичної допомоги.

А також, на наш погляд є доречним погодитись з позицією І.П. Голосніченка, відносно того, що в рамках вказаних елементів варто виділяти та приділяти окрему увагу: суб'єктам та об'єктам, які є складовими адміністративно-правових відносин [50, с. 24].

Так ми бачимо, що первинним елементом правового регулювання є норма права. Адміністративно-правова норма - це загальнообов'язкове правило поведінки, що встановлене державою з метою регулювання суспільних відносин у сфері діяльності публічної адміністрації і забезпечується заходами державного примусу [291, с. 12]. Джерелами адміністративно-правових норм є різні за юридичною силою нормативно-правові акти. Наприклад Конституція в ст. 28 якої закріплює гарантії захист людини від примусового залучення до медичних, наукових чи інших дослідів, які можуть завдати шкоду здоров'ю або бути такими, що становлять загрозу для життя, а ст. 49 встановлює право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Адміністративні норми з питань медичного обслуговування містяться і в інших законах України, Постановах Кабінету Міністрів України, Указах Президента та наказах нормативного характеру керівників підприємств, установ, організацій при здійсненні ними державних делегованих функцій.

Наступним елементом адміністративно-правового регулювання є правові відносини. Всі загальні приписи правових норм трансформуються в конкретну модель поведінки конкретних суб'єктів. Правовідносини –

особлива форма взаємозв'язку суб'єктів через їхні права та обов'язки, що закріплені у правових нормах. У правовідносинах завжди є дві сторони: одна, що має суб'єктивні права, і друга - на яку покладені відповідні юридичні обов'язки [117, с. 320]. У теорії адміністративного права адміністративно-правові відносини розглядаються як суспільні відносини в сфері державного управління, учасники яких виступають носіями прав і обов'язків, врегульованих нормами адміністративного права [18, с. 544], або як результат впливу адміністративно-правових норм на поведінку суб'єктів сфери державного управління, внаслідок якого між ними виникають сталі правові зв'язки державно-владного характеру [114, с. 736].

В контексті даного дослідження суб'єктами адміністративних правовідносин є, з одного боку - суб'єкти адміністрування, якими є Верховна Рада України, Президент України, вищі (Кабінет Міністрів України), центральні (Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками) і місцеві органи виконавчої влади (управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій, головні лікарі центральних районних лікарень) та органи місцевого самоврядування (управління охорони здоров'я міських рад), а також вся сукупність органів і закладів охорони здоров'я країни, які об'єднані в системі Міністерства охорони здоров'я України та в інших галузевих (відомчих) системах (Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства інфраструктури України тощо), з урахуванням їх посадових осіб, які наділені певними повноваженнями для здійснення управління у сфері охорони здоров'я загалом та відносно регулювання процесу надання медичних послуг відповідними повноваженнями. З іншого ж боку – фізичні особи (громадяни, іноземці, особи без громадянства, біженці), які звертаються за наданням їм медичної допомоги [130].

Комбінації взаємовідносини зазначених суб'єктів за юридичною характеристикою взаємодії учасників адміністративні правовідносини можна поділити на вертикальні та горизонтальні. При цьому саме вертикальні правовідносини, зазначає В.Б. Авер'янов, найбільшою мірою виражають сутність адміністративно-правового регулювання і характер зв'язків у сфері управління.

Горизонтальні ж адміністративні правовідносини у сфері надання медичних послуг та загалом охорони здоров'я трапляються значно рідше. Ю. М. Козлов вважав, що горизонтальні адміністративно-правові відносини є формою управлінських зв'язків, в яких, по суті, відсутні суб'єкт та об'єкт управління; це відносини типу «суб'єкт-суб'єкт» (два органи управління) або відносини між органом управління (посадовою особою) та громадянином, які передують винесенню одностороннього юридично-владного рішення [112, с. 172].

Так, горизонтальними правовідносини визнаються ті, в яких сторони юридично рівноправні, вони не мають права надавати один одному владні веління. Здається, що сам факт визнання рівності сторін у адміністративно-правових відносинах, здавалося б, прямо суперечить сутності адміністративно-правового методу регулювання. Водночас багаторічна дослідницька робота вчених (Ю. М. Козлов, А. П. Альохін, Г. І. Петров, Б. М. Лазарев, В. А. Юсупов та ін.) підтвердила можливість виникнення та існування таких відносин у сфері державного управління [1, с. 182]. Адміністративно-правовими такі відносини робить державна воля, що вимагає від суб'єктів вступити у правові зв'язки між собою на паритетних засадах. Ця воля завжди виражена у формі адміністративно-правового акту. Відтак підставою для виникнення даних відносин є відповідна адміністративно-правова норма. Тому суб'єкти (адресати норми) не можуть

відмовитися вступати у правовідносини, а також не можуть вийти за рамки державних приписів, якими регламентовано їхні взаємні права та обов'язки.

Управлінська практика дає підстави віднести до них такі відносини:

- відносини, що передують прийняттю нормативного акту. Вони є передумовою виникнення вертикальних відносин і призначені створити умови, необхідні для прийняття одностороннього юридично-владного рішення. Це зв'язки між суб'єктами, що перебувають на однаковому організаційно-правовому рівні, в які вони вступають з приводу підготовки та прийняття спільних нормативних актів, узгодження спільних управлінських дій; відносини між органами виконавчої влади і профспілковими органами з приводу задоволення вимог останніх (укладення або зміна тарифних угод);

- відносини, у межах яких виробляються спільні заходи щодо виконання нормативних актів (проведення спільних ревізій, формування міжвідомчих комісій);

- відносини договірної характеру, які виникають на підставі різних договорів (угод), котрі отримали назву адміністративних. Підсумовуючи аналіз горизонтальних адміністративних відносин, треба зауважити, що значна кількість управлінських зв'язків не врегульована юридично. Через це далеко не всі вони мають адміністративно-правовий характер, хоча і не втрачають управлінських якостей [1, с. 182].

Що ж стосується об'єкта таких відносин, то теорія вважає, що ним є те явище, на яке спрямовано керівний вплив суб'єкта: поведінка, свідомість, матеріальні цінності, нематеріальні блага та ін. [248, с. 16]. Об'єктом адміністративних правовідносин у сфері надання медичних послуг може виступати сама поведінка учасників вказаних відносин (медичним закладом, професійним медичним співробітником), така як оцінка стану пацієнта та надання йому відповідної якісної медичної послуги чи допомоги.

І нарешті реалізація суб'єктивних прав та юридичних обов'язків як елемент досліджуваного механізму, що має своє відображення у відповідному акті реалізації. В наукових джерелах поняття «акт» застосовується у двох значеннях. По-перше, як дія, вчинок громадянина або посадової (службової) особи, по-друге, як документ, який видається державним органом, органом місцевого самоврядування, посадовою особою або громадською організацією у межах їх компетенції: закон, указ, постанова, наказ, розпорядження тощо [289, с. 74]. Тобто такими актами є реальна, фактична поведінка суб'єктів правовідносин, пов'язану зі здійсненням (реалізацією) своїх прав та покладених на них обов'язків.

Провівши аналіз механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг у комплексі з його невід'ємними елементами ми пропонуємо такі ознаки вказаної категорії, а саме:

- є частиною загальнодержавного механізму правового регулювання суспільних відносин;
- складається із сукупності взаємопов'язаних між собою державно-владного впливу на суспільні відносини з питань надання медичних послуг. Тобто даний механізм у своїй діяльності використовує публічна адміністрація;
- метою механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є встановлення відповідного правового порядку протікання суспільних відносин, що мають публічний елемент, у сфері медичного обслуговування.

Проведене дослідження дає можливість сформулювати певні висновки щодо поняття та структури механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні:

по-перше, механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність засобів владно-правового впливу,

які використовуються для врегулювання відносин управлінського характеру в сфері надання матеріальних або нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного та (або) психічного здоров'я населення, з метою забезпечення отримання ними якісного лікарського чи естетичного ефекту;

по-друге, механізм адміністративно-правової регулювання є структурованим явищем, яке складається із низки відносно самостійних засобів правового регулювання, кожен із яких виконує власну роль, задля досягнення загальної мети;

по-третє, одним із ключових завдань механізму адміністративно-правового регулювання відносин сфері надання медичних послуг є встановлення гарантій та засобів захисту прав кожної із сторін цих відносин;

по-четверте, механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є специфічним адміністративно-правовим комплексним утворенням, що поєднує інтереси суб'єктів адміністративного права з цінностями, які перебувають під захистом та загалом забезпечується державою, і доводить процес публічного управління та надання медичних послуг до логічного результату [99].

2.2 Система та адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні

Становлення України як незалежної держави супроводжується значними труднощами, які пов'язані з розпочатими змінами, що мають на своїй меті глибокі політичні та соціально орієнтовані економічні ринкові перетворення. Останні пов'язані з безпосередньою перебудовою державного апарату, в тому числі й тієї його управлінської складової, що визначає

правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні.

Наразі в державі 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, окрім іншого, 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 [239, с. 355].

З цього приводу необхідно навести, що програмним документом, яким керуються більшість країн світу при формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я, є Європейський кодекс соціального забезпечення (Страсбург, 1962) та Хартія соціального забезпечення, прийнята X Всесвітнім Конгресом Профспілок (Гавана, 1982). Основні засади формування державної політики та стратегій у галузі охорони здоров'я проголошені, на Першій міжнародній конференції з поліпшення здоров'я (Канада, 1986) й відомі під назвою Оттавської Хартії. Цим документом передбачається необхідність впровадження нової управлінської технології на основі міжсекторального підходу [12, с. 195].

Так, ключовими завданням вказано процесу є трансформація та формування ефективних інститутів державного управління, які поєднуються у цілісну, дієву систему, що використовує відповідний механізм державного управління, який, пишуть В. Бакуменко, В. Князев, являє собою практичні заходи, засоби, важелі, стимули, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей. Схема реального механізму державного управління містить цілі, рішення, впливи, дії, результати. Комплексний

механізм державного управління вони визначають як систему політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління. Згідно з характером факторів впливу виділяють політичні, економічні, соціальні, організаційні так і, відповідно, правові механізми [109].

На сьогоднішній день вказане управління забезпечує діяльність складної, багаторівневої системи. Тому сучасний управлінець повинен розуміти не лише внутрішньогалузеві особливості будови систему охорони здоров'я загалом, але й регіональні її особливості. Адже управління національною системою охорони здоров'я розподілене між центральним рівнем управління, регіональним, а також численними адміністративними органами на муніципальному рівнях. На кожному із рівнів управління здійснюють відповідні суб'єкти публічної влади, коло повноважень та обов'язків кожного з яких залежить від специфіки їх правового статусу.

При дослідженні питання системи та адміністративно-правового статусу суб'єктів у сфері надання медичних послуг необхідно зазначити, що до властивостей системи відносять: ієрархічність структури, пов'язану з підпорядкуванням одних елементів іншим і багаторівневою організацією; наявність різноманітних зв'язків як горизонтальних, так і вертикальних, або зворотного зв'язку; структурність, що характеризує визначену стійку організацію взаємозв'язку і взаємозалежності. При цьому, загалом у системі охорони здоров'я виділяються так рівні її структури [12, с. 212; 223, с. 107-108]: національний рівень; регіональний рівень; субрегіональний (районний) та місцевий (комунальний) рівні.

Окрім цього поділу, вчені виділяють також технологічну ієрархію (ієрархія надання медичної допомоги) яка передбачає собою: первинну медико-санітарна допомога, вторинну – спеціалізована допомога та третинна – високоспеціалізована допомога; ієрархія управлінського персоналу в

організації [132, с. 27]. І хоча така класифікація також відноситься до системи державного управління в сфері охорони здоров'я, але не відображає діяльність суб'єктів які визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг.

Розмірковуючи про управління процесами щодо медичних послуг у сфері охорони здоров'я, слід ще раз відзначити, що держава має в своєму розпорядженні різноманітний набір методів впливу на юридично значимі процеси в охороні здоров'я, а саме:

1. Економічні методи, сутність яких становить врегулювання охорони здоров'я через формування і використання бюджетних засобів, призначених для покриття потреб всієї системи охорони і зміцнення здоров'я, включаючи витрати, пов'язані з підготовкою медичних кадрів [11, с. 39].

2. Організаційні методи регулювання, до яких відноситься створення державних відомчих служб охорони здоров'я. Йдеться про утворення медичну службах та інших спеціальних видах медичного забезпечення, що знаходяться винятково під державним контролем і лише в цих рамках здатні виконувати покладені на них специфічні задачі [11, с. 39].

3. До правових методів регулювання відносяться: розробка, ухвалення і реалізація законів, інших нормативних документів, що встановлюють матеріально-правові та процедурні засади надання медичних послуг [11, с. 39].

Отже, повертаючись до рівнів системи суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні, на національному рівні за формування та реалізацію політики в аналізованій сфері відповідають:

- Верховна Рада України, відповідно до ст. 13 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 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. Слід зазначити, що Парламент безпосередньо не здійснює публічне адміністрування сферою охорони здоров'я загалом та сфери надання медичних послуг, а лише впливає на неї через реалізацію функцій держави в цілому, зокрема, згідно зі ст. 85 Конституції України Верховна Рада України приймає закони, так, з огляду на сучасну реформу було прийнято Закони: «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII [201], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII [202], «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» ВІД 14.11.2017 № 2206-VIII [207];

- Президент України, повноваження якого вже не акцентуються у вказаному раніше законі, однак через свої повноваження він здійснює загальне керівництво у сфері охорони здоров'я. Про це свідчить наступне: - згідно зі ст. 102 Конституції України Президент України є главою держави, виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України. Застосовуючи свої повноваження, згідно із Конституцією України та законами України через систему органів державної виконавчої влади він забезпечує виконання законодавства з охорони здоров'я, реалізує державну політику в цій сфері та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією; - від імені України він укладає міжнародні договори, зокрема й ті, які стосуються

питань міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п. 3 ст. 106 Конституції України. Для того щоб такий договір набрав законної сили, він повинен бути ратифікований Верховною Радою України відповідно до п. 32 ст. 85 Конституції України; - здійснює загальне керівництво Радою національної безпеки й оборони, яка відповідно до ст. 107 Конституції України є координаційним органом. Враховуючи велику значущість охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки, Президент України включив Міністра охорони здоров'я до складу постійних членів Ради національної безпеки й оборони України; - подає на затвердження Верховною Радою України кандидатуру на пост Прем'єр-міністра, який призначає Міністра охорони здоров'я, що входить до складу Кабінету Міністрів, і від його імені здійснює державне керівництво національною системою охорони здоров'я [19, с. 46].

- Кабінет Міністрів України, відповідно до ч. 1 ст. 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України на основі вимог чинного законодавства, у тому числі й документів програмного характеру, формує урядову політику (програму діяльності уряду), у тому числі й у сфері охорони здоров'я, розроблення якої здійснює Міністерство охорони здоров'я як головний (провідний) центральний орган виконавчої влади в цій сфері.

Надзвичайно важливе значення для розвитку національної охорони здоров'я мають такі нормативно-правові акти, як Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, Концепцію розвитку системи громадського здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. та інші акти що забезпечують виконання законів, указів Президента, урядових документів.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає, що уряди країн-учасниць можуть створювати різноманітні механізми, що допомагають формувати та реалізовувати державну політику охорони здоров'я, стратегію, план дій і його складові програми. Тому, ВООЗ рекомендує створювати національні ради з питань охорони здоров'я, які б надавали консультативну допомогу органам державної влади у вирішенні проблем охорони здоров'я і пов'язаних з ними соціально-економічних проблем усієї країни. Склад таких рад може змінюватися в залежності від країни і конкретних умов, але їх діяльність повинна поширюватися на вирішення широкого спектру питань охорони здоров'я і пов'язаних з нею політичних, економічних і соціальних питань. До складу таких рад повинні також входити і представники громадськості [47, с. 31].

Так, постійно діючим органом Кабінету Міністрів України є Секретаріат Кабінету Міністрів України, який здійснює організаційне, експертно-аналітичне, правове, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Кабінету Міністрів України. Окрім цього в рамках аналізованої нами теми необхідно зазначити, що при Кабінеті Міністрів України створена Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, положення про яку було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926, яка є постійно діючим консультативно-дорадчим органом.

Наступними серед органів влади відповідно до ч. 3, 4 ст. 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», які, хоча і не визначають правових засад державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на стадії їх формування, однак відповідальні за їх реалізацію є міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, що 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 в сфері охорони здоров'я.

За наявності заявленого переліку, необхідно затвердити те, що безпосереднім, спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади, який діє з метою забезпечення як інтересів держави, так і інтересів суспільства в цілому в аналізованій сфері є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Міністерство охорони здоров'я України відповідно до статті 1 Положення про Міністерство охорони здоров'я України затверджено від 25.03.2015 № 267 [204] є центральним органом виконавчої влади та головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, 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 та епідемічного благополуччя населення. Діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Реалізуючи державну політику України у сфері надання медичних послуг Міністерство охорони здоров'я України спрямовує свою діяльність на досягнення таких стратегічних цілей [176, с. 5-6]: підвищення якості надання медичної допомоги, забезпечення рівного доступу до медичних послуг; формування умов для стабільного розвитку системи охорони здоров'я на довгострокову перспективу; відновлення високих моральних, етичних, професійних принципів у діяльності медичного працівника та піднесення престижу медичної професії в суспільстві; забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя; проведення цілеспрямованої роботи з подовження середньої очікуваної тривалості життя [20, с. 9].

Керуючись положенням про Міністерство охорони здоров'я України ми можемо зазначити, що його основними завданнями є [191]:

- 1) забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням;

- 2) забезпечення формування та реалізації 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;

- 3) забезпечення формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- 4) координація діяльності органів виконавчої влади з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Однак, наразі Міністерство охорони здоров'я знаходиться у процесі проведення медичної реформи, що не обходить і реформування його самого. Розпочата реформа в свою чергу призвела до встановлення деяких стратегічних цілей та побудови нової системи охорони здоров'я, план дії з якої поділився на короткострокові (2015-2016 рр.), середньострокові (2017-2018 рр.) та довгострокові (2018 р. і далі) заходи. І в рамках цих дій Міністерства охорони здоров'я повинно позбавитися невластивих управлінських функцій, таких як закупівлі, управління лікарнями, обслуговування та ремонт закладів, і зосередитись у першу чергу на розробці політики і плануванні. Міністерство охорони здоров'я має зберегти три основні функції [164, с. 29]:

- управління системою охорони здоров'я через політичне лідерство та розробку стратегій, координацію генерального плану лікарень, визначення пріоритетності національних програм у галузі охорони здоров'я і обговорення пріоритетів із основними зацікавленими сторонами (у деяких країнах, наприклад, створені окремі агентства з реалізації національних програм та служби посередництва, що вирішують конфлікти між постачальниками послуг, пацієнтами та державою);

- регуляторний нагляд за усіма видами діяльності, що пов'язані з охороною здоров'я, включаючи закупівлю послуг. Цю функцію можна виконувати через представництво Міністерства охорони здоров'я у правлінні відповідних новостворених агентств, наприклад, Агентство з ліцензування та акредитації медичної практики, Фармацевтичне агентство (відповідальне за реєстрацію фармацевтичної продукції, фарм нагляд); Агентство оцінки технологій в охороні здоров'я (перелік примірний) тощо;

- забезпечення інформації у сфері охорони здоров'я, прозорості та підзвітності, епідеміологічного нагляду/екстреного реагування. Епідеміологічний нагляд буде здійснюватися мережею лабораторій і

обласних управлінь Національного центру контролю за захворюваннями і громадським здоров'ям.

Міністерство повинно більше комплектуватися спеціалістами з аналізу та комунікацій, ніж управлінцями та бухгалтерами. За визначенням, будучи складовою виконавчої влади, Міністерство повинно підтримувати відкритість процесу формування політики, зосередитися на внутрішніх регламентах і аудиті, створювати нові канали відкритого діалогу з громадськістю. Одним із варіантів створення ефективнішої нормативної бази і вдосконалення управління буде організація спеціального підрозділу з чіткою програмою і повноваженнями для запровадження національних стандартів електронної системи охорони здоров'я та обміну даними на основі міжнародних стандартів [164, с. 30]. В останній час ми можемо спостерігати тенденцію до створення органів та установ які покликані зняти тягар не властивих функцій з Міністерства охорони здоров'я, серед яких є: 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, раніше заявлена Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Академія медичних наук, дослідницькі інститути, та інші.

Усі зазначені вище суб'єкти національного рівня зобов'язані створювати належні умови для медичних закладів, які безпосередньо надають медичні послуги населенню. Проте при реформуванні системи охорони здоров'я чи не найсуттєвіше місце в цьому процесі відводиться Національній службі здоров'я України, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Наразі Національна служба здоров'я, керується у своїй діяльності Положенням про Національну службу здоров'я України, затвердженого

постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 і виступає як [192]:

- центральний орган виконавчої влади, що покликаний реалізувати державну політику у сфері державних фінансових гарантії медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) [192];

- незалежний замовник послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій [192];

- національний страховик, який укладатиме договори із закладами охорони здоров'я та закуповуватиме у них послуги з медичного обслуговування населення [192];

- відповідальний за внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [192].

Далі, говорячи про суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг, слід звернути увагу на регіональний рівень. Тут державну політику в системі охорони здоров'я у межах відповідних повноважень здійснюється через Раду міністрів Автономної Республіки Крим, обласні державні адміністрації. На місцевому рівні таку політику втілюють місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування. Під їх управлінський вплив підпадає загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які перебувають у сфері їх відання, матеріально-фінансове забезпечення цих закладів, організовується робота медичних закладів з надання медичної допомоги населенню та заходи з попередження інфекційних захворювань, епідемій, ліквідації епізоотій та ін. [220, с. 31].

Державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я через наявні в їх структурі управління (відділи) охорони здоров'я та відповідні структури

виконавчих комітетів рад. Органи місцевого самоврядування здійснюють керівництво діяльністю комунальних закладів охорони здоров'я. Це відображається в нормативно-правових актах, так згідно зі статтею 32 Закону України «Про місцеве самоврядування», до повноважень місцевого самоврядування належить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема – мережі закладів охорони здоров'я та сприяння підготовці й підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Особливістю державного управління в галузі охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого спеціального органу виконавчої влади. Функцію районних відділів охорони здоров'я виконують центральні районні лікарні (ЦРЛ). Очолює ЦРЛ головний лікар, який одночасно є і головним лікарем району, тобто керівником охорони здоров'я населення району. Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, правовий статус ЦРЛ та її головного лікаря закріплено статутами центральних районних лікарень [62, с. 48].

Основними завданнями управлінь охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади є: забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я; прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям та їх ліквідацію; організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;

забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища й санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій [21, с. 173].

Органи місцевого самоврядування стикаються з низкою перешкод для ефективного здійснення зазначених повноважень. Виділення значних коштів із місцевих бюджетів на фінансування медицини вимушено спрямовується на співоплату поточних видатків для надання базових медичних послуг, а не на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу. Тож з огляду на це започаткована реформа орієнтується на запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає збереження повноважень органів місцевого самоврядування у цьому секторі та створення можливостей для їх повноцінного виконання. За новою моделлю, з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів будуть спрямовані на забезпечення роботи системи, а також на запровадження місцевих програм [217].

Враховуючи зазначене, ми можемо констатувати, що модернізацію національної системи охорони здоров'я в ході реформування будуть визначати три найбільш значущі тенденції [57, с. 3]: уніфікація стандартів у сфері надання медичних послуг на міжнародному рівні; розвиток і пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я; рішення специфічних внутрішніх проблем з регулювання видатків, необхідних на покриття медичного обслуговування населення. Провівши аналіз системи та адміністративно-правового статусу суб'єктів, що

визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг ми можемо зробити такі висновки [57, с. 3:

По-перше, суб'єктами що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні є органи публічної влади загальної та спеціальної компетенції, що системно та систематично взаємодіючих між собою з питань державного управління охороною здоров'я. До загальноповноважних органів відноситься: 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, та міністерства серед яких: 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.

До спеціально уповноважених органів: Міністерство охорони здоров'я України та його управління, відділи та сектори, Національна служба 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 та деякі інші.

По-друге, процес реформування передбачає собою оптимізацію державної політики України в галузі охорони здоров'я, що неодмінно пов'язана із вдосконаленням системи органів з питань формування даної політики та переглядом їх повноважень у даній сфері. Важливим кроком на

даному шляху є посилення ролі місцевих органів влади як суб'єктів втілення державної політики у сфері охорони здоров'я.

По-третє, досить велика кількість суб'єктів державної влади, що так чи інакше приймають участь у формуванні досліджуваної політики обумовлює необхідність налагодження між ними глибокої та результативної взаємодії з найбільш важливих питань надання медичного обслуговування населення, для того, щоб забезпечити єдність та послідовні означеної політики [93].

2.3 Юридична відповідальність за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні.

Важливим елементом адміністративно-правового механізму регулювання надання медичних послуг виступає юридична відповідальність, дослідженню якої буде присвячено даний підрозділ. Проблематика відповідальності, була та залишається предметом активних наукових дискусій, в яких приймають участь не лише правники, а й філософи, соціологи, теоретики управління, психологи. Такий значний науковий інтерес даного питання обумовлений специфікою природи відповідальності. У сучасних словниках української мови у слово «відповідальність» вкладається наступний зміст: покладений на когось або взятий на себе обов'язок відповідати за певну ділянку роботи, справу, за чийсь дії, вчинки, дії; серйозність, важливість справи, моменту [238, с.620; 31, с.177].

За своєю глибинною природою відповідальність є суто соціальним явищем. В. В. Похмелкін з цього приводу підкреслює, що коріння юридичної відповідальності слід шукати не в законодавстві, а в сутності, змісті і структурі пануючих суспільних відносин, що виходить за рамки безпосереднього предмету правознавства. Звідси вирішення проблеми

юридичної відповідальності має спиратися на філософське розуміння категорії «соціальної відповідальності» [198, с.25].

В. І. Шинкарук вважає, що відповідальність – це філософсько-соціологічне поняття, яке характеризує міру відповідності поведінки особи, групи, прошарку, держави наявним вимогам, діючим суспільним нормам, правилам співжиття, правовим законам; співвідношення обов'язку і міри його виконання суб'єктом (особою, групою, класом). Відповідальність виникає на основі соціальних норм і реалізується як через певні форми контролю (громадська думка, статут, закон), так і через усвідомлення суб'єктами духовно-практичної діяльності своєї суспільної ролі. Відповідальність у структурному відношенні, продовжує філософ, явище багатогранне і містить такі найважливіші складники: усвідомлення необхідності діяти у відповідності з суспільними вимогами і нормами як соціальними цінностями; усвідомлення своєї безпосередньої ролі через наявність внутрішніх переконань, совісті, особистих інтересів і цілей; передбачення наслідків вибору, рішень і дій; критичність і постійний контроль за своїми діями, врахування їх наслідків для інших людей; прагнення особи до самореалізації в об'єктивному світі; самозвіт і самооцінка; суб'єктивна готовність відповідати за свої дії. Ці компоненти взаємопов'язані, і лише комплексний характер їх вияву створює об'ємну картину розуміння відповідальності. У свою чергу, відповідальність сприяє дотриманню в суспільстві злагоди, балансу, інтересів справедливості, добропорядності у стосунках між людьми [275, с.87]. За сучасних умов соціального життя, відмічає В. І. Шинкарук особливо зростає роль особистої (персональної) відповідальності, яка включає чинник усвідомлення індивідом відповідальності перед собою, колективом, суспільством, національною спільнотою, людством в цілому. При цьому пріоритетними є загальнолюдські цінності. В різних теоретичних концепціях, особливо етико-філософських,

відповідальність тісно пов'язана з проблемою свободи, параметри якої дедалі розширюються з розвитком демократії, зростанням духовного потенціалу націй та кожного окремого учасника формування нового цивілізаційного простору [275, с.87].

І. Т. Фролов як і попередній філософ звертають увагу на те, що категорія «відповідальності» включає у себе філософську та соціологічну проблему співвідношення здатності та можливості людини виступати в якості суб'єкта своїх дій та більш конкретні питання щодо: здатності людини свідомо (добровільно) виконувати певні вимоги і виконувати поставлені перед ним завдання; здійснювати правильний моральний вибір; досягати певного результату, а також пов'язані із цим питання правоти та винуватості людини, можливості схвалення або засудження його вчинків, винагородження або покарання [273, с.403]. Звідси, підсумовує науковець, відповідальність – це категорія етики та права, яка відображає особливе соціальне та морально-правове відношення особистості до інших людей, суспільства (людства в цілому), яке характеризується виконанням свого морального обов'язку та правових норм [273, с.403].

О.В. Белов, аналізуючи сутність відповідальності як соціально-філософського явища, відмічає, що її суб'єктом виступають або конкретна людина, яка соціальна група, з чиею діяльністю пов'язана потенційна або реальна загроза, соціальні очікування і т.п.. Такого роду відповідальність знаходить вираз, зокрема, в актах благодійності з боку представників бізнесу або у відмові вчених зробити свої відкриття надбанням суспільства з побоювання, що їх застосування в інженерній чи соціальній практиці загрожують погрозами людству [15, с.16].

Л. Ф. Ільїчев вважає, що відповідальність є поняттям, що відображає об'єктивний, історично конкретний характер взаємовідносин між особистістю, колективом, суспільством з погляду свідомого здійснення

пред'явлених до них взаємних вимог. У індивіда відповідальність формується як результат тих зовнішніх вимог, які до нього пред'являє суспільство, клас, даний колектив. Сприйняті індивідом, вони стають внутрішньою основою мотивації його відповідальної поведінки, регулятором якої служить совість. Формування особистості передбачає виховання у неї почуття відповідальності, яке стає її властивістю [274, с.468].

Залежно від покладеного в основу поділу критерію (характер дій конкретного суб'єкта чи форма вияву об'єктивних відносин і норм) розрізняють: особисту (персональну), групову (колективну), класову, соціально-політичну відповідальність. А також відповідальність правову, економічну, моральну, політичну, соціальну, екологічну, професійну, партійну тощо. За сучасних умов соціального життя, відмічає В. І. Шинкарук особливо зростає роль особистої (персональної) відповідальності, яка включає чинник усвідомлення індивідом відповідальності перед собою, колективом, суспільством, національною спільнотою, людством в цілому. При цьому пріоритетними є загальнолюдські цінності. В різних теоретичних концепціях, особливо етико-філософських, відповідальність тісно пов'язана з проблемою свободи, параметри якої дедалі розширюються з розвитком демократії, зростанням духовного потенціалу націй та кожного окремого учасника формування нового цивілізаційного простору [275, с.87].

Відповідальності в соціально-філософському контексті, підкреслює О. В. Белов, у порівнянні з іншими її видами (етичної, правової, політичної і т.д.) має такі особливості. По-перше, вона носить ініціативний характер. По-друге, вона передбачає наявність або колективного суб'єкта, або індивідуального суб'єкта, можливо такого, що виступає в якості представника колективу або соціальної групи. По-третє, вона передбачає компроміс між громадськими цілями і інтересами, з одного боку, і індивідуальними, професійними, національними, етичними та ін.

прагненнями. По-четверте, поведінка людей в контексті соціальної відповідальності визначається, головним чином, очікуваннями інших людей по відношенню до соціальної позиції даного суб'єкта і виражається в формуванні соціально обумовлених атрибутів конкретних соціальних груп [15, с.16-17].

Т. О. Чепульченко, розмірковуючи про ключові аспекти соціальної відповідальності, називає її найважливішим елементом взаємозв'язку особи та суспільства, вона здійснює функцію регуляції поведінки індивіда відповідно до вимог суспільства [283]. О. Іваненко також вважає, що соціальна відповідальність є формою взаємозв'язку особи та суспільства. Відповідальність регулює поведінку індивіда відповідно до його вимог. Вона виникає в результаті соціальної необхідності узгодження поведінки людини із системою суспільних відносин як сфера меж, рамок необхідної поведінки людини, вимог суспільства до індивіда, як невідворотність відповідальності за свою поведінку перед особою чи організацією, котрі мають на це право [100, с.60]. Соціальна відповідальність, з позиції О.О. Охріменко, Т.В. Іванова – це соціальне явище, що являє собою добровільне та свідоме виконання, використання і дотримання суб'єктами суспільних відносин, приписів, соціальних норм, а у випадку їхнього порушення – застосування до порушника заходів впливу, передбачених цими нормами [177, с.10]. Соціальна відповідальність, продовжують дослідники, – це волевиявлення, яке визначається певною поведінкою щодо дотримання усвідомлених обмежень та соціальних норм, гарантує безпеку та прогресивний розвиток, забезпечує узгодження інтересів суб'єктів, задіяних у суспільних відносинах та управлінні ними. О. О. Охріменко, Т. В. Іванова зауважують на тому, що соціальна відповідальність багатоаспектна та багаторівнева. Вона виявляється на особистісному (індивідуальному) рівні через ступінь громадянської зрілості особистості та є базовою для інших рівнів. Від

світосприйняття та усвідомлення людиною своєї значущості у світових перетвореннях, від її прагнення до перетворень у всіх сферах своєї життєдіяльності залежать її прояви на інших рівнях. На груповому рівні соціальна відповідальність визначається як корпоративна соціальна відповідальність; на суспільному – вона передбачає соціальну відповідальність суспільства за гідний рівень життя нинішнього і майбутнього поколінь; на державному – визначає кращі шляхи досягнення сталого, соціального та людського розвитку. На глобальному рівні соціальна відповідальність окреслює пріоритети світового розвитку, людської цивілізації завдяки міжнародним домовленостям щодо запровадження сталого розвитку [177, с.11]. За Л. І. Білецькою соціальна відповідальність являє собою обов'язок особистості (що виражає об'єктивно необхідне відношення між нею і суспільством) оцінювати свої наміри і здійснювати вибір поведінки відповідно до норм, що відображають інтереси суспільного розвитку, а в разі порушення їх (прояви безвідповідальності) обов'язок дати звіт суспільству і піддатися громадському осуду (заходам громадського примусу) або покаранню (заходів державного примусу) за антисуспільний вчинок [172, с.20]. З точки зору, яку висловлюють О. Є. Кузьмін, О. В. Пирог, Л. І. Чернобай, С. Б. Романишин, Н. О. Вацик, соціальна відповідальність – соціальне явище, що являє собою добровільне та свідоме виконання, використання і дотримання суб'єктами суспільних відносин, приписів, соціальних норм, а у разі їхнього порушення – застосування до порушника заходів впливу, передбачених цими нормами. Соціальна відповідальність має на меті упорядкування, гармонізацію суспільних відносин і забезпечення їхнього поступального та стабільного розвитку [127]. Отже, продовжують дослідники, можна визначити соціальну відповідальність як діалектичний взаємозв'язок між особою (індивідумом), бізнесом (суб'єктами господарювання) та суспільством, що характеризується взаємними правами

та обов'язками з виконання приписів соціальних норм та покладенням різноманітних засобів впливу у разі її порушення [127]. І.А. Юрьєва зазначає, що соціальна відповідальність – це і свідоме відношення суб'єкта соціальної діяльності до вимог соціальної необхідності, громадянського обов'язку, соціальних завдань, норм і цінностей, розуміння наслідків здійснюваної діяльності для певних соціальних груп; і відносини між особистістю і соціальною групою, суспільством, які базуються на усвідомленому виконанні ними взаємних зобов'язань і своїх обов'язків, що випливають із нормативних актів, що регулюють соціальні відносини, а також із традицій; і принцип, який повинен полягати в основі бізнесу для забезпечення благополуччя суспільства, а не тільки для максимізації прибутків [244, с.8].

Існує й низка інших підходів до тлумачення відповідальності у соціальному розумінні, як то: необхідність врахування підприємством індивідуального або колективного впливу від прийнятих підприємством рішень на суспільну систему; ведення або зупинення діяльності підприємства без очікування безпосередніх прибутків або збитків, спрямована на підвищення рівня добробуту суспільства або певної його частини; відповідальність організації за вплив її рішень і діяльності на суспільство і довкілля через прозору і етичну поведінку, яка сприяє сталому розвитку, здоров'ю і добробуту суспільства; враховує очікування зацікавлених сторін; відповідає чинному законодавству і узгоджується з міжнародними нормами поведінки; інтегрована у діяльність всієї організації і реалізується нею на практиці взаємовідносин; діалектичний взаємозв'язок між особою і суспільством, який характеризується взаємними правами і обов'язками щодо дотримання і виконання приписів соціальних норм, що тягне за собою схвалення, заохочення, а у випадках безвідповідальної поведінки, яка не відповідає приписам соціальних норм, – обов'язок перетерпіти несприятливі наслідки і їх перетерпіння; зовнішня негативна реакція з боку суспільства на

нормопорушуючі дії суб'єкта, що порушують соціальну комунікацію, яка є легітимною соціальною відповіддю на неприпустиму поведінку через реалізацію принципу покарання; соціальна відповідальність є виразом всієї багатоманітності соціальних відносин та узагальненим виразом всіх форм відповідальності; обов'язок індивіда виконувати відповідні політичні, юридичні та моральні вимоги, які встановлюються суспільством, державою чи колективом [127; 259].

Враховуючи вище викладене, можемо виокремити наступні важливі аспекти відповідальності як соціального явища:

а) відповідальність має внутрішній та зовнішній боки або аспекти. Перший пов'язаний із внутрішнім ставленням особи до своєї поведінки та вимог, що пред'являються суспільством до неї. Внутрішній бік відповідальності суб'єкта, пише Н. В. Гришина, – це складне в структурному відношенні явище, яке включає: усвідомлення необхідності діяти згідно з суспільними вимогами та нормами як соціальними цінностями; усвідомлення своєї соціальної цінності і суспільної ролі; передбачення наслідків вибору рішення, дій; критичність і постійний контроль за своїми діями, нагляд за їх наслідками для інших; реалізацію в об'єктивному світі; самооцінку; готовність відповідати за свої вчинки; соціально-відповідальну діяльність [56, с.29]. У свою чергу зовнішній аспект відповідальності являє собою ту сукупність вимог, які суспільство (суспільна група) пред'являє до поведінки своїх членів, і реакцій на виконання ними цих вимог. Звідси можна говорити, що відповідальність являє собою взаємовідносини між суспільством та особою, що виражається у формі: реакції (система відповідей) суспільства на поведінку індивіда (суспільна відповідальність); та системи відповідей індивіда, особистості на вимоги суспільства (особиста відповідальність) [131, с.21];

б) відповідальність виступає важливим інструментом (засобом) врегулювання суспільної поведінки, забезпечення її відповідності діючим у суспільстві соціальним нормам та встановленому ними суспільному порядку. І у цьому контексті соціальна відповідальність є тим фундаментом, на якому побудована вся система відносин у суспільстві [127].

Одним із ключових різновидів соціальної відповідальності є юридична відповідальність, яка наслідує основні риси першої, як частина володіє найсуттєвішими рисами загального. Зокрема це стосується двоаспектної сутності юридичної відповідальності. Відзначимо, що у межах юридичної відповідальності виокремлюють її позитивний та негативний прояви. Позитивна (або проспективна) відповідальність – зазначає Подорожній Є.Ю. – пов'язана із неухильним і своєчасним дотриманням суб'єктами правовідносин позитивно унормованого обов'язку (обов'язків) для здійснення позитивних, корисних для суспільства та держави функцій [186]. Подорожній Є.Ю., досить ґрунтовно аналізує негативну (або ретроспективну) юридичну відповідальність, і наводить думки вчених, які вважають, що така відповідальність ґрунтується на причинно-наслідкових (детермінаційних) юридичних зв'язках між деліктом та наступною негативною реакцією на нього суспільства та держави із застосуванням до суб'єкта цього делікту відповідних санкцій [75, с.94; 186].

Подорожній Є.Ю. відзначає, що прибічники першого підходу до розуміння юридичної відповідальності обґрунтовують свою позицію тим, що на шляху побудови цивілізованого громадянського суспільства і правової держави виховання за допомогою погроз, залякування – недієвий засіб впливу на людей [100, с.60; 186]. Однак, позиція представників другого підходу – ретроспективного – видається більш обґрунтованою. Зокрема вони цілком справедливо звертають увагу на те, що позитивна відповідальність: є реалізацію, фактичного застосування санкції правової норми; юридична

відповідальність є однією з форм примусових заходів; притягнення особи до юридичної відповідальності тягне за собою його державний або громадський осуд; елементом юридичної відповідальності є покладення на правопорушника негативних, невігідних для нього наслідків, які є новим або додатковим обов'язком по відношенню до порушеного їм; юридична відповідальність являє собою обов'язок правопорушника зазнати встановлені нормою права негативні наслідки (різного характеру позбавлення); юридична відповідальність виникає в зв'язку з порушенням правового обов'язку, тісно з ним пов'язана, а характер відповідальності визначається характером обов'язку; підставою виникнення юридичної відповідальності є правопорушення, невід'ємним елементом якого визнається вина особи [209, с.21-22; 186].

Варто також відмітити зроблений Подорожнім Є.Ю. акцент на думках дослідників, які наголошують на тому, що юридичну відповідальність слід розглядати у поєднанні обох її вищезгаданих проявів [186]. Так, наприклад, В. С. Венедиктов з цього приводу пише, що в ряді випадків юридична відповідальність виступає як різновид ретроспективної соціальної відповідальності перед суспільством в особі держави і передбачає, звичайно, щоб була свобода вибору у того, хто до неї залучається. У цьому сенсі юридична відповідальність за своїм соціальним змістом і метою є гарантом використання свободи дій і вибору в припустимих, з точки зору закону, межах. За вибір такого варіанту поведінки, що попірається законом, людина і відповідає. Будучи специфічно правовою відповідальністю, ретроспективна відповідальність є також гарантом дотримання об'єктивного права, виконання юридичних обов'язків, використання без перешкод суб'єктивних прав. Однак, використання суб'єктивних прав і виконання юридичних обов'язків передбачає активні позитивні вчинки, які також є правовими. Це свого роду наслідок дотримання правових приписів, діяння відповідні їх

вимогам. Тому визнання в соціальної відповідальності позитивного і негативного аспектів в силу законів логіки змушує поширити цей поділ і на юридичну відповідальність [33, с.26-27; 186].

Д. А. Липинський у своєму дослідженні, присвяченому юридичній відповідальності, пише, що юридична відповідальність, як і будь-який інший вид соціальної відповідальності єдина і включає в себе як відповідальність за майбутню поведінку (позитивну, добровільну) відповідальність, так і відповідальність за минулу протиправну поведінку (негативну, державно-примусову відповідальність). Відмінні риси і властивості, які виділяють юридичну відповідальність серед інших видів соціальної відповідальності, не вступають в протиріччя з загальними властивостями соціальної відповідальності. Стверджувати про відсутність у юридичної відповідальності добровільної форми реалізації, рівнозначно визнанню юридичної відповідальності не різновидом соціальної відповідальності, а таким собі особливим «несоціальним видом» і виключенню її з системи регулювання суспільних відносин. А отже виробити загальне поняття юридичної відповідальності можна тільки поєднавши основні властивості позитивної та негативної відповідальності [131, с.23-25; 186]. Юридична відповідальність, на думку правника, – це нормативний, гарантований і забезпечений державним примусом, переконанням або заохоченням юридичний обов'язок по дотриманню і виконанню вимог норм права, що реалізується в правомірній поведінці суб'єктів, яка схвалюється або заохочується, а в разі її порушення – обов'язок правопорушника зазнати засудження, обмеження прав майнового або особистого немайнового характеру та їх реалізація [131, с.28; 186].

Ми згодні із позицією дослідників, які наголошують на тому, що відповідальність у сфері права має і позитивний, і негативний аспекти. Адже правовий порядок та режим законності забезпечується не лише за рахунок

обмежень та позбавлень, що накладаються від імені держави на правопорушника, та які він зобов'язаний виконати, претерпіти для себе. Але й завдяки усвідомленому вибору самої особи на користь добровільного виконання встановлених у державі правил поведінки, готовності слідувати їм. Разом із тим, практичний бік використання відповідальності вимагає її чіткої юридичної інституалізації (підстави, строки, межі та обсяги та ін. важливі аспекти), що можливе тільки у випадку розуміння відповідальності у негативному сенсі. Адже, як справедливо свого часу відмічав С. М. Братусь, що позитивне тлумачення юридичної відповідальності означає фактичну ліквідацію відповідальності як правового інституту, адже за таких умов будь-який вид діяльності, що регулюється правом, можна було б вважати такою відповідальністю [27, с.115].

Також з цього приводу слід відмітити точку зору, яку висловлює В. В. Іванов, що мотиви ж правомірної поведінки, яка є основою позитивного підходу, можуть бути різними: поведінка, заснована на сприйнятті правових норм як найбільш доцільних орієнтирів поведінки, відповідних їх власним індивідуальним або груповим інтересам; поведінка, заснована на конформістському підпорядкуванні правовим вимогам, – «як усі, так і я»; поведінка, заснована на страху покарання [90, с.12]. А тому, підсумовує науковець, тільки відповідальність у негативному розумінні є справжньою юридичною відповідальністю, тобто відповідальністю за вчинення правопорушення – винної поведінки дієздатної особи, яке суперечить приписам норм права, завдає шкоди іншим особам і тому тягне застосування відповідних заходів державного примусу [90, с.12].

На користь того, що саме такий (тобто ретроспективний) підхід є вірним, свідчать низка визначень юридичної відповідальності, які наводяться у відповідній літературі. Так, наприклад, Є. А. Кленов розтлумачив юридичну відповідальність як передбачені в санкції норм матеріальних

галузей права несприятливі для правопорушника наслідки, які покладаються на нього в примусовому порядку (або під загрозою примусу) і полягають або в покладанні на правопорушника нових обов'язків або у позбавленні його суб'єктивних прав, або зміни в гіршу сторону його правового стану [262, с.15].

Юридична відповідальність, пише О. Ф. Скакун, - це передбачені законом вид і міра обов'язку правопорушника потерпати від примусового державно-владного позбавлення благ психологічного, організаційного або майнового характеру у правовідносинах, що виникають між ним і державою із факту правопорушення [234, с.464].

М. І. Матузов та О. В. Малько зазначають, що головна особливість юридичної відповідальності, як різновиду соціальної, в тому, що перша пов'язана з порушенням юридичних норм, законів, за якими стоїть примусовий апарат держави. Це – владно-імперативна форма відповідальності, яка спирається на силовий початок. Тут завжди присутні каральний, виховний і превентивний моменти. Юридична відповідальність – найбільш суворий і гранично формалізований вид соціальної відповідальності [148, с.215].

Дослідники звертають увагу на те, що у науковій літературі юридична відповідальність визначається по-різному, так як саме це поняття складне і багатоаспектне. Діалектика не виключає множинності дефініцій одного і того ж предмета; дослідник має право на своє трактування досліджуваного об'єкта і на свої висновки. Не зовсім коректним, на їх думку, є лише визначення юридичної відповідальності тільки як державного примусу, бо такий примус може бути застосовано і до осіб, які не скоїли ніякого правопорушення (примусове лікування, протипожежні, екологічні, гігієнічні норми і правила, попередження, профілактика, і т.д.). Звичайно, будь-яка юридична відповідальність передбачає елемент державного примусу, але не

всякий державний примус пов'язано з правовою відповідальністю. Підсумовуючи висловлене, М. І. Матузов та О. В. Малько, визначили юридичну відповідальність як необхідність для винної особи піддатися заходам державного впливу, зазнати певних негативних наслідків; або як вид і міру примусового позбавлення особи відомих благ. У будь-якому випадку юридична відповідальність – це спосіб реагування держави на правопорушення, здійснення передбачених законом санкцій [148, с.215].

В. К. Бабаєв розуміє юридичну відповідальність як передбачений юридичною нормою політико-правовий стан, який виникає в результаті особисто вчиненого правопорушення, і полягає у тому, що компетентний орган, посадова особа або громадянин на основі закону або в спеціальній формі вимагає від правопорушника звіт у скоєному діянні, покладає на нього певну міру позбавлень, а правопорушник зазнає несприятливі наслідки порушення юридичної норми [257, с.507; 187].

На думку І. М. Погрібного зазначена відповідальність – вид і міра примусового позбавлення благ майнового або особистого немайнового характеру, що належать правопорушникові [185, с.104; 187].

В. К. Гіжевський В. В. Головченко та В. С. Ковальський тлумачать юридичну відповідальність як встановлений законодавством і забезпечений державою юридичний обов'язок правопорушника зазнати позбавлення певних благ, належних йому цінностей (позбавлення волі, позбавлення права займати певну посаду, позбавлення майна шляхом його конфіскації, стягнення штрафів тощо). Юридична відповідальність – це форма впливу на порушників, реакція держави на допущені порушення правових норм, на посягання на соціальні інтереси суспільства, права особи [49, с.191; 194, с.519; 187].

За Ю. П. Сурмінім юридична відповідальність являє собою вид соціальної відповідальності, зміст якої передбачає негативну реакцію на

правопорушення (делікт) і протиправну поведінку або діяльність суб'єктів (фізичних і юридичних осіб), які їх скоїли, з боку держави і суспільства та застосування державою до деіктоздатних суб'єктів відповідних санкцій [75, с.94; 187].

На підставі вище викладеного можемо дійти висновку, що юридична відповідальність за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні, являє собою забезпечений силою державного впливу (аж до примусу) обов'язок особи, яка вчинила дане порушення, зазнати для себе певних негативних наслідків (позбавлень, обмежень тощо), вид та міра, а також підстави, порядок і межі застосування яких визначаються законом.

Завдяки відповідальності забезпечується превентивний, профілактичний, каральний, правовідновлювальний та правовиховний вплив на поведінку учасників правовідносин, що супроводжують надання медичних послуг.

Відповідальність виступає важливим інструментом (засобом) підтримки режиму законності та встановленого правового порядку у досліджуваній сфері, забезпечення дисципліни учасників суспільних відносин, що відбуваються у ній.

Специфіка відповідальності як засобу державного правового впливу на поведінку суб'єктів, а саме її зв'язок із покладанням на осіб додаткових, обтяжуючих обов'язків, виконання яких не залежить від їх бажання, обумовлює необхідність суворої та чіткої законодавчої регламентації відповідальності, що є важливою гарантією захисту означених суб'єктів від безпідставного притягнення до юридичної відповідальності.

Законодавчою основою юридичної відповідальності у сфері надання медичних послуг виступає стаття 80 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, в якій

закріплено, що особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством [83]. А також стаття 13 закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», від 19.10. 2017 р. № 2168-VIII, згідно якої особи, винні у порушенні законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, несуть відповідальність відповідно до закону [84].

Враховуючи, що предметом даного дослідження є адміністративно-правовий аспект сфери медичних послуг, то особливий інтерес для нас становить саме адміністративна відповідальність.

Адміністративна відповідальність, пише В. Б. Авер'янов являє собою різновид юридичної відповідальності, що являє собою сукупність адміністративних правовідносин, які виникають у зв'язку із застосуванням уповноваженими органами (посадовими особами) до осіб, що вчинили адміністративний проступок, передбачених нормами адміністративного права особливих санкцій – адміністративних стягнень[4, с.430-431; 294].

За Ю. П. Битяком під адміністративною відповідальністю слід розуміти накладення на порушників загальнообов'язкових правил, що діють у державному управлінні та інших сферах, адміністративних стягнень, які тягнуть для цих осіб обтяжливі наслідки матеріального чи морального характеру. Адміністративна відповідальність. Наголошує науковець – один з видів юридичної відповідальності, якому притаманні всі ознаки останньої. Разом з тим адміністративна відповідальність є складовою частиною адміністративного примусу і наділена всіма його ознаками [2, с.177-178; 283].

Д. М. Бахрах з приводу адміністративну відповідальність пише, що вона – це особливий вид юридичної відповідальності, якій притаманні всі ознаки останньої (вона настає на основі норм права, за порушення правових

норм, конкретизується юрисдикційними актами компетентних органів, пов'язана з державним примусом). З іншого боку, адміністративна відповідальність є складовою частиною адміністративного примусу і володіє всіма його якостями (здійснюється в рамках позаслужбової підпорядкування та ін.) [14, с.280; 294].

С. М. Алфьоров, С. В. Ващенко, М. М. Долгополова, А. П. Купін у своїх працях пишуть, що адміністративна відповідальність являє собою регламентовані нормами адміністративного права відносини між порушником адміністративно-правової норми та уповноваженим державним органом з приводу скоєного адміністративного правопорушення [8]. Правники підкреслюють, що хоча сутність цих відносин і зводиться до обов'язку порушника перетерпіти обмеження, позбавлення або інші несприятливі наслідки, що визначені санкцією порушеної статті закону, але поняття «адміністративна відповідальність» не слід зводити до поняття «адміністративне стягнення», оскільки адміністративна відповідальність включає такі елементи, як державний осуд діяння і особи, яка його скоїла, і застосування до порушника заходів, визначених санкцією порушеної статті закону, тобто адміністративного стягнення. Звідси адміністративна відповідальність – це різновид правової відповідальності, специфічна форма негативного реагування з боку держави в особі її компетентних органів на відповідну категорію протиправних проявів (передусім адміністративних проступків), згідно з якою особи, що скоїли ці правопорушення, повинні дати відповідь перед повноваженим державним органом за свої неправомірні дії і понести за це адміністративні стягнення в установлених законом формах і порядку [8; 294].

Єдиною підставою для застосування адміністративної відповідальності є адміністративне правопорушення (проступок), яким визнається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка

посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність [111].

Так як норми законів з питань медичного обслуговування населення мають бланкетний характер і досить поверхнево регулюють питання відповідальності у даній сфері, тобто вони не містять конкретних складів правопорушень і стягнень за їх скоєння, обмежуючись лише вказівкою на види відповідальності (а саме: адміністративна, кримінальна та цивільно-правова), звернемося до аналізу положень Кодексу України про адміністративні правопорушення. Особлива частина даного Закону містить главу 5 присвячену адміністративним правопорушенням у галузі охорони праці і здоров'я населення, в якій питанням охорони здоров'я присвячено статті 42 – 46-2. З урахуванням предмету представленого дослідження, серед складів правопорушення, закріплених у даних статтях слід використати наступні: порушення санітарних норм , яке тягне за собою накладення штрафу на громадян від одного до дванадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб - від шести до двадцяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян; порушення обмежень, встановлених для медичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності, -- тягне за собою накладення штрафу у розмірі трьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Ті самі дії, вчинені повторно протягом року після накладення адміністративного стягнення за порушення, передбачені частиною першою цієї статті, - тягнуть за собою накладення штрафу у розмірі однієї тисячі двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян; порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів; порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і

препаратів, порядку контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервуючих розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів, – тягне за собою накладення штрафу від трьох до семи неоподатковуваних мінімумів доходів громадян; порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством) – тягне за собою накладення штрафу від п'ятдесяти до ста п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [111]. Також до статей КУпАП, що регулюють відповідальність у сфері надання медичних послуг слід віднести статтю 164, оскільки медична практика належить до видів господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню. Згідно даної статті провадження господарської діяльності без державної реєстрації як суб'єкта господарювання або без одержання ліцензії на провадження певного виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню відповідно до закону, чи здійснення таких видів господарської діяльності з порушенням умов ліцензування, а так само без одержання дозволу, іншого документа дозвільного характеру, якщо його одержання передбачене законом (крім випадків застосування принципу мовчазної згоди), - тягне за собою накладення штрафу від однієї тисячі до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією виготовленої продукції, знарядь виробництва, сировини і грошей, одержаних внаслідок вчинення цього адміністративного правопорушення, чи без такої. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за таке саме правопорушення, або пов'язані з отриманням доходу у великих розмірах, - тягнуть за собою накладення штрафу від двох тисяч до п'яти тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією виготовленої продукції, знарядь виробництва,

сировини і грошей, одержаних внаслідок вчинення цього адміністративного правопорушення. Надання суб'єктом господарювання дозвільному органу або адміністратору недостовірної інформації щодо відповідності матеріально-технічної бази вимогам законодавства – тягне за собою накладення штрафу від однієї тисячі до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [111].

Аналіз законодавчих положень, що регулюють питання адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг дозволяють зробити наступні висновки:

1) адміністративна відповідальність орієнтована, перш за все, на те, щоб захистити права і законні інтереси осіб, які користуються медичними послугами, тобто її (відповідальності) суб'єктами виступають особи, які здійснюють медичну практику;

2) законність та дисципліна у сфері надання медичних послуг забезпечується через застосування відповідальності за порушення суб'єктами надання медичних послуг, як своїх професійних обов'язків, так і вимог, що пред'являються до організації діяльності зі здійснення медичної практики;

3) законодавче регулювання адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг потребує суттєвого вдосконалення, як в частині закріплення у Законі нових складів правопорушень, так і щодо розширення кола стягнень, за такі правопорушення, адже на сьогодні у досліджуваній сфері процвітає безкарність. Така ситуація пояснюється тим, що наразі одним із головних інструментів захисту прав пацієнтів від протиправної поведінки з боку медичних працівників є кримінальна відповідальність (статті 138-145 КК України). Однак, випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності у нашій державі мають поодинокий характер. І це пояснюється не високим рівнем відповідальності означених суб'єктів, адже кожен рік до правоохоронних органів надходить велика кількість скарг,

на протиправні дії, бездіяльність медичних працівників, а складністю доведення наявності складу злочину у їх діях, бездіяльності, що обумовлено специфікою предмету доказування, низьким рівнем професійної підготовки суб'єктів правоохоронної діяльності та іншими факторами. Як наслідок у левовій частці випадків правопорушники залишаються безкарними, адже факт вчинення ними злочину, передбаченого зазначеними статтями КК України, як правило, не доводиться, а відповідної адміністративної відповідальності законодавством не передбачено. Звідси цілком логічним видається висновок про те, що розширення переліку складів адміністративних правопорушень, за які можуть притягатися працівники сфери надання медичних послуг мають посилити гарантії законності у даній сфері та захищеності прав користувачів цих послуг. Більш детально дане проблемне питання нами буде розглянуто у наступному підрозділі, як один із важливих напрямків удосконалення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні.

Отже, підсумовуючи вище викладене, можемо констатувати, що роль адміністративної відповідальності як засобу забезпечення режиму законності та захисту прав і законних інтересів у сфері надання медичних послуг в Україні, значно менша, порівняно із кримінальною та цивільно-правовою відповідальністю, що є суттєвим недоліком. Оскільки механізм притягнення працівників медичної сфери до кримінальної відповідальності в нашій державі не має належного рівня ефективності, а цивільно-правова відповідальність захищає лише права окремих осіб, і не забезпечує захисту публічних інтересів, тобто інтересів суспільства та держави. Натомість адміністративна відповідальність, за умови її вдосконалення, має забезпечити: по-перше, ствердження і реальне втілення принципу невідворотності покарання у досліджуваній сфері; по-друге, належний превентивний та профілактичний вплив на поведінку працівників медичної сфери; по-третє, підвищення

відповідальність та дисциплінованість осіб, що надають медичні послуги при виконанні ними своїх професійних обов'язків.

Висновки до Розділу 2

До найбільш важливих ознак механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг віднесено: є частиною загальнодержавного механізму правового регулювання суспільних відносин; складається із сукупності взаємопов'язаних між собою державно-владного впливу на суспільні відносини з питань надання медичних послуг. Тобто даний механізм у своїй діяльності використовує публічна адміністрація; метою механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є встановлення відповідного правового порядку протікання суспільних відносин, що мають публічний елемент, у сфері медичного обслуговування.

З'ясовано, що механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність засобів владно-правового впливу, які використовуються для врегулювання відносин управлінського характеру в сфері надання матеріальних або нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного та (або) психічного здоров'я населення, з метою забезпечення отримання ними якісного лікарського чи естетичного ефекту. Даний механізм є структурованим явищем, яке складається із низки відносно самостійних засобів правового регулювання, кожен із яких виконує власну роль, задля досягнення загальної мети. Встановлено, що одним із ключових завдань механізму адміністративно-правового регулювання відносин у сфері надання медичних послуг є встановлення гарантій та засобів захисту прав кожної із сторін цих відносин;

Підкреслено, що механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є специфічним адміністративно-правовим комплексним утворенням, що поєднує інтереси суб'єктів адміністративного права з цінностями, які перебувають під захистом та загалом забезпечується державою, і доводить процес публічного управління та надання медичних послуг до логічного результату.

Визначено, що суб'єктами, які визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні, є органи публічної влади загальної та спеціальної компетенції, що системно та систематично взаємодіють між собою з питань державного управління охороною здоров'я. Так, органів загальної компетенції віднесено: Президента України, Верховну Раду України, Верховну Раду 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, та міністерства серед яких: 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.

В свою чергу серед спеціально уповноважених органів названо: Міністерство охорони здоров'я України та його управління, відділи та сектори, Національна служба 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 та деякі інші.

Акцентовано увагу, що процес реформування передбачає собою оптимізацію державної політики України в галузі охорони здоров'я, що неодмінно пов'язана із вдосконаленням системи органів з питань формування даної політики та переглядом їх повноважень у даній сфері. Важливим кроком на даному шляху є посилення ролі місцевих органів влади як суб'єктів втілення державної політики у сфері охорони здоров'я.

Підкреслено, що досить велика кількість суб'єктів державної влади, що так чи інакше приймають участь у формуванні досліджуваної політики, обумовлює необхідність налагодження між ними глибокої та результативної взаємодії з найбільш важливих питань надання медичного обслуговування населення, для того, щоб забезпечити єдність та послідовні означеної політики.

Обґрунтовано висновок, що юридична відповідальність за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні, являє собою забезпечений силою державного впливу (аж до примусу) обов'язок особи, яка вчинила дане порушення, зазнати для себе певних негативних наслідків (позбавлень, обмежень тощо), вид та міра, а також підстави, порядок і межі застосування яких визначаються законом. Завдяки відповідальності забезпечується превентивний, профілактичний, каральний, правовідновлювальний та правовиховний вплив на поведінку учасників правовідносин, що супроводжують надання медичних послуг.

Відповідальність виступає важливим інструментом (засобом) підтримки режиму законності та встановленого правового порядку у досліджуваній сфері, забезпечення дисципліни учасників суспільних відносин, що відбуваються у ній. Специфіка відповідальності як засобу державного правового впливу на поведінку суб'єктів, а саме її зв'язок із покладанням на осіб додаткових, обтяжуючих обов'язків, виконання яких не залежить від їх бажання, обумовлює необхідність суворої та чіткої законодавчої регламентації відповідальності, що є

важливою гарантією захисту означених суб'єктів від безпідставного притягнення до юридичної відповідальності.

Констатовано, що роль адміністративної відповідальності як засобу забезпечення режиму законності та захисту прав і законних інтересів у сфері надання медичних послуг в Україні, значно менша, порівняно із кримінальною та цивільно-правовою відповідальністю, що є суттєвим недоліком. Оскільки механізм притягнення працівників медичної сфери до кримінальної відповідальності в нашій державі не має належного рівня ефективності, а цивільно-правова відповідальність захищає лише права окремих осіб, і не забезпечує захисту публічних інтересів, тобто інтересів суспільства та держави.

Натомість, адміністративна відповідальність, за умови її вдосконалення, має забезпечити:

- по-перше, ствердження і реальне втілення принципу невідворотності покарання у досліджуваній сфері;

- по-друге, належний превентивний та профілактичний вплив на поведінку працівників медичної сфери;

- по-третє, підвищення відповідальності та дисциплінованості осіб, що надають медичні послуги при виконанні ними своїх професійних обов'язків.

РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ЗАСАД НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

3.1 Проблеми та напрямки удосконалення адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні.

Згідно Конституції, Україна – соціальна держава, якою визнається така, що ґрунтується на розвиненому громадянському суспільстві, має збалансовану економіку і ефективну правову систему, та здатна, відповідно до принципу соціальної справедливості, забезпечити громадянам гідний рівень життя, гарантувати соціальну стабільність, соціальну безпеку і соціальну допомогу, громадянський мир і злагоду [234, с.194].

Соціальна держава, пише О. Ф. Скакун, гарантує поєднання державної турботи про соціальну захищеність основних прав громадян відповідно до закону і соціальної активності самих громадян; гарантує соціальну безпеку громадян, котрі самостійно (завдяки своїй активності) забезпечують необхідний/достатній рівень матеріального добробуту для себе і членів своєї сім'ї, тобто створює умови для реалізації права на працю, професійне навчання, перекваліфікацію, рівні стартові можливості для молоді тощо; надає соціальну допомогу громадянам (хоч би на рівні прожиткового мінімуму), які неспроможні нести відповідальність за свій добробут, тобто соціально вразливими верствами населення - старим, непрацездатним, хворим; безробітним з незалежних від них причин; малолітнім дітям, котрі не мають батьків та ін. Здійснення комплексних програм соціалізації щодо названих груп населення може перебороти їх відчуження від основної соціально забезпеченої частини суспільства; проводить соціальну політику, спрямовану на зміцнення соціальної стабільності і злагоди в суспільстві, зведення до мінімуму надмірного майнового розшарування населення,

формування «середнього класу» (розумне оподаткування доходів). Соціальна й економічна нерівність мають бути такими, щоб кожна людина могла розумно очікувати переваг для себе та мати відкритий доступ до посад, можливість змінити своє соціально-економічне становище [234, с.195].

Соціальна правова держава, зазначають С. К. Бостан, С. Д. Гусарєв, Н.М. Пархоменко, передбачає оптимальну модель організування влади в суспільстві і державі, побудовану на принципах децентралізації влади. Її правові характеристики, своєрідний юридичний вимір розкриваються у двох аспектах - соціальному і власне юридичному. Соціальний пов'язаний із загальним поняттям права, його соціальним розумінням, юридичний - з поняттям закону як втіленням права. Соціальна держава – це держава, яка формується, розвивається та функціонує шляхом активного впливу на соціальну сферу життєдіяльності суспільства, забезпечує здійснення ефективної політики в інтересах найширших категорій населення, захист економічних, соціальних та культурних прав і свобод людини і громадянина [258].

М.В. Цвік у своїх працях підкреслює, що соціальна держава визнає людину найвищою соціальною цінністю, надає соціальну допомогу індивідам, які потрапили у важку життєву ситуацію, з метою забезпечення кожному гідного рівня життя перерозподіляє економічні блага відповідно до принципу соціальної справедливості і своє призначення вбачає в забезпеченні громадянського миру й злагоди в суспільстві [81, с.159].

О.С. Головащенко, аналізуючи поняття та ознаки соціальної держави, наголошує, що воно (дане поняття) фундаментальне і, разом з тим, одне з найбільш невизначених. Побудова соціальної держави передбачає забезпечення певних передумов, зокрема, відповідного суспільного стану, у межах якого забезпечуються соціально-економічні права людини і громадянина. Деякі науковці називають такий стан «соціальна безпека»,

належний стан якої дозволяє гарантувати сукупність умов, серед яких, з одного боку, наявність ознак правової держави – верховенства права, пріоритету прав людини і громадянина, законності, а з другого – відповідні економічні чинники, які дають змогу забезпечувати соціальні права громадян [48, с.25-26].

Отже, соціальна держава по суті уособлює особливий, соціально орієнтований тип держави із розвинутою економікою, високим рівнем соціальної захищеності всіх громадян, а також затвердженням принципу соціальної справедливості. З урахуванням вищезазначеного вважаємо, що соціальною є держава, яка активно реалізує широкомасштабну соціальну політику, сприяє здійсненню комплексу соціально-економічних, екологічних та культурних прав людини і громадянина в обсягах, що дозволяють втілити в життя конституційне визнання людини найвищою соціальною цінністю в суспільстві [48, с.32].

Як висновок, соціальна – це держава суспільного добробуту, одним із ключових аспектів якого є забезпечення здоров'я (фізичного та психічного) населення країни, що досягається завдяки низці умов та факторів різного характеру, і перш за все, завдяки створенню розвиненої та ефективної системи медичного обслуговування. Нажаль, слід констатувати, що в Україні, поки що, не вдалося побудувати таку систему, незважаючи на ряд запроваджених змін і перетворень у медичній сфері. Так на пріоритетності питання забезпечення функціонування якісної та дієвої системи охорони здоров'я громадян наголошено у ряді офіційних документів. Зокрема у Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженій Указом Глави держави від 12 січня 2015 року № 5/2015, зазначається, що з впровадження в Україні європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі, рух має здійснюватися за такими векторами: вектор безпеки – це забезпечення гарантій безпеки держави, бізнесу та громадян, захищеності

інвестицій і приватної власності. Україна має стати державою, що здатна захистити свої кордони та забезпечити мир не тільки на своїй території, а й у європейському регіоні. Визначальною основою безпеки має також стати забезпечення чесного і неупередженого правосуддя, невідкладне проведення очищення влади на всіх рівнях та забезпечення впровадження ефективних механізмів протидії корупції. Особливу увагу потрібно приділити безпеці життя та здоров'я людини, що неможливо без ефективної медицини, захищеності соціально вразливих верств населення, безпечного стану довкілля і доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів та промислових товарів; вектор відповідальності – це забезпечення гарантій, що кожен громадянин, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, матиме доступ до високоякісної освіти, системи охорони здоров'я та інших послуг в державному та приватному секторах. Територіальні громади самостійно вирішуватимуть питання місцевого значення, свого добробуту і неститимуть відповідальність за розвиток всієї країни [271].

На наявності низки невирішених проблем у галузі медичного обслуговування неодноразово наголошували та продовжують акцентувати увагу сьогодні науковці, політичні та громадські діячі. Так, Л. О. Самілик у своїх працях відмічала, що протягом тривалого періоду Україна як незалежна держава намагається побудувати економічно ефективне, соціально захищене, політично стабільне суспільство. У колі цих завдань охорона здоров'я як важлива складова соціальної сфери держави посідає чільне місце. Збереження і поліпшення здоров'я є одним з найважливіших пріоритетів нації, метою проведення соціально-економічних реформ. Саме стан здоров'я має стати головним критерієм доцільності й ефективності будь-якої діяльності, а благополуччя кожної людини безпосередньо залежить від стану

її здоров'я, рівень якого визначає її роль у розвитку суспільства. Медична галузь є багаторівневою функціональною керованою системою з багатьма складовими елементами, які взаємодіють між собою і зовнішнім оточенням. Ця система створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних та медичних заходів, які спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому [292].

Існуюча модель системи охорони здоров'я України, наголошує дослідниця, продемонструвала свою неефективність, про що свідчать показники її діяльності — передусім низька доступність і якість медичної допомоги; незадовільний стан здоров'я населення; коротка тривалість життя, висока смертність осіб найактивнішого працездатного віку, дитяча смертність (в цілому спостерігається щорічне зменшення мешканців країни більш як на 450 тис.); інвалідизація населення тощо. Відзначається постійне зростання незадоволеності громадськості наявною системою надання медичної допомоги. Про необхідність реформування охорони здоров'я лунало незчисленну кількість раз від керівників галузі та вчених, членів Уряду та лідерів майже всіх політичних партій, журналістів та інших. Наш Президент у своїх зверненнях до нації в числі першочергових задач відзначає гостру необхідність реформування охорони здоров'я. Але зазвичай подібні заклики обмежуються пустими деклараціями. Та і процеси перебудови галузі кожного разу, коли змінюється команда управлінців, розпочинаються спочатку, що є уповільнюючим фактором. Тому є підстави вважати, що в державі досі немає цілісного бачення суті проблеми реформування системи охорони здоров'я і шляхів її розв'язання[292].

А. В. Самохін досить справедливо наголошує, що становлення України як правової держави, вимагає вдосконалення адміністративно-правового регулювання надання належної медичної допомоги громадянам, усунення неузгодженості положень законодавства в частині правової регламентації

медичних послуг об'єктивно вимагають удосконалення категоріального апарату, який застосовується у межах адміністративно-правової регламентації охорони здоров'я громадян [228, с.96].

І. В. Миколаєць цілком справедливо звертає увагу на те, що у сучасному суспільстві одним з найбільш складних секторів соціального забезпечення є охорона здоров'я. Найгостріші суперечки зазвичай пов'язані з проблемою ринкових відносин і виникають суперечностями між соціальною місією держави і особистими підприємницькими мотивами. На відміну від звичайного ринку споживчих товарів та послуг лікарі одночасно виступають у двох особах — і як сторона, яка визначає потреби пацієнта, і як сторона, їх забезпечує і реалізує послуги. До того ж потенційними споживачами медичної допомоги є найбільш вразливі, старі і хворі члени суспільства, а зовсім не молоді і здорові, у яких зосереджені основні фінансові ресурси. Соціальну справедливість в економічних відносинах можна охарактеризувати як образ існування людини в якості основного елемента будь-якої соціально-економічної системи. З рівня окремого індивіда це властивість переноситься на суспільний рівень і змінюється в справедливість або несправедливість соціально-економічної системи в цілому. Шляхи створення та розвитку державного регулювання надання медичних послуг гуртуються на вимогах часу, сформованому рівні соціально-економічного розвитку суспільства, наявних систем медичної і соціальної допомоги населенню та формується системи соціальної політики держави [153].

Акцентуючи увагу на активних наукових дискусіях і дослідженнях з приводу питань медичного обслуговування, не можна не зазначити того, що ряд проблем, що існують у цій сфері, визначені як особливо актуальні й офіційних державних документах. Зокрема у чинній Концепції розвитку системи громадського здоров'я зазначається, що радянська система охорони здоров'я в Україні збереглася майже у незмінному стані. Успадкована з

радянського періоду комплексна модель Семашка, за якої вся сфера охорони здоров'я належала до державної власності та фінансувалася державою, була спрямована на утримання лікарень, характеризувалася фрагментарним управлінням, зосередженим переважно на лікуванні нетяжких гострих станів та фактичною відсутністю профілактики. Система практично ігнорувала потреби здорового населення, що не давало змоги стримувати та системно впливати на підвищення рівня неінфекційних захворювань. За роки незалежності поодинокі заходи щодо реформування системи охорони здоров'я тільки поглибили кризу профілактичної медицини. Причинами критичної ситуації, яка склалася із станом здоров'я населення, є соціально-економічна криза, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування, а також військова агресія Російської Федерації на сході України. З огляду на зазначене нагальною потребою є проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я, включаючи сферу громадського здоров'я. Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування. На сьогодні наявні поодинокі елементи системи громадського здоров'я діють незлагоджено та потребують оптимізації існуючих ресурсів та суттєвого збільшення ефективності управління ними [221].

З огляду на вище викладене, а також враховуючи висновки, отримані у ході розгляду проблемних питань у попередніх підрозділах представленого дослідження, вважаємо за необхідне звернути увагу на наступні проблемні аспекти адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні:

1. Відсутність належної системності у медичному законодавстві України. Для того, що більш детально усвідомити сутність означеної проблеми, слід з'ясувати що являє собою системність, який зміст вкладається у дану категорію. Термін «системність» походить від слова «система» і означає щось таке, що стосується системи, спирається на неї чи є безпосередньо нею [31, с.1321]. Системність, пише О. О. Грицанова – це фундаментальна властивість об'єктів пізнання. Тоді завданням системного дослідження стає вивчення специфічно-системних властивостей об'єкта: виділення в ньому елементів, зв'язків і структур, залежностей між зв'язками тощо. Причому елементи, зв'язки, структури і залежності трактуються як «натуральні», властиві «природі» самих об'єктів і в цьому сенсі – об'єктивні. Інший підхід, епістемолого-методологічний, полягає в тому, що система розглядається як епістемологічний конструкт, який не має натуральної природи, і задає специфічний спосіб організації знань і мислення.[166, с.619].

Ю. П. Сурмін визначив системність як здатність об'єкта бути системою завдяки наявності певного системоутворюючого фактору. За логіко-гносеологічного осмислення системність має три основних аспекти:

1) системний підхід, під яким мають на увазі принцип пізнавальної і практичної діяльності. Він виступає у вигляді певного узагальненого правила, вимоги до пізнавальної і практичної діяльності.

2) теорія систем, що є теоретичним науковим знанням про системи. Вона вивчає природу, суть, будову, закономірності функціонування і розвитку систем.

3) системний метод, під яким звичайно мають на увазі застосування системності як інструменту отримання знання. Системний метод об'єднує велику сукупність методів пізнавальної діяльності із системних позицій. Застосування системних методів і є системним аналізом [75, с.650].

Важливо відмітити, що у літературі нерідко вживають кілька термінів: «системний підхід», «принцип системності», «системний аналіз». Ю. П. Сурмін з цього приводу підкреслює, що необхідно розмежовувати «системний підхід» і «системний аналіз». Адже якщо перший – це принцип пізнання, то системний аналіз являє собою розгортання принципу системності в методологічний комплекс. Крім того, системний аналіз здійснюється не лише щодо функціонування і розвитку тих чи інших систем, а й щодо сукупності фактів, подій, ідей тощо. Системний підхід у вивченні явищ полягає в тому, що будь-який більш-менш складний об'єкт розглядається як відносно самостійна система зі своїми особливостями функціонування і розвитку [75, с.650].

В. П. Конецька розуміє системність як онтологічну властивість впорядкованості безлічі елементів, в тому числі і комунікативних засобів, в основі якої лежать взаємообумовлені принципи їх тотожності і відмінності. В силу цього виникла необхідність наукової інтерпретації цієї властивості – обґрунтування системного підходу як методологічного принципу наукового пізнання. Пошуки вчених – філософів, логіків, фахівців в галузі суспільних, гуманітарних і точних наук виявлення можливих зв'язків і взаємозалежностей безлічі елементів, що представляють реалії дійсності і відображають уявлення про них, привели до обґрунтування різних способів їх систематизації. У науковому побуті використовуються такі поняття, як система, класифікація, таксономія, стратифікація, типологія. Іноді ці поняття і терміни, що їх виражають, використовуються як синоніми, оскільки мають спільні ознаки [115, с.68-84].

Системності, на думку В. П. Конецької, притаманні такі ознаки: по-перше, об'єктність – елементи якоїсь безлічі або сукупності; по-друге, структура – мережа відносин і зв'язків між цими елементами; по-третє, цілісність властивість даної сукупності елементів функціонувати як певна

єдність, в якій ціле залежить від елементів, а елементи – від цілого. Тобто система не зводиться до суми елементів; властивості елементів визначаються їх місцем у структурі – співвіднесеністю з іншими елементами [115].

З позиції І. В. Малафіїк принцип системності втілює в собі певну низку вимог до побудови змісту навчання, до організації процесу навчання, до учасників навчально-виховного процесу [141].

В. Я. Малиновський, розглядаючи системний підхід у розрізі вивчення проблем державного управління, тлумачить її як організацію множини взаємопов'язаних і певним чином упорядкованих компонентів, які забезпечують цілісність організації та її стосунки із зовнішнім середовищем [144, с.264].

Отже, на підставі вище викладеного можемо дійти висновку, що системність передбачає єдність, цілісність, послідовність, упорядкованість в устрої, організації, здійсненні чогось. Системність уособлює порядок, сформований в наслідок наявності певних закономірностей, взаємозв'язків між елементами системи. Саме у такому контексті розуміється системність права у доктринальних та навчальних джерелах.

Так, наприклад, О. Ф. Скакун пише, що системність права у тому, що воно є системою погоджених, упорядкованих норм і принципів. Право – це не просто сукупність норм і принципів, а їх система, де всі елементи пов'язані і несуперечливі [234, с.228].

Н. Б. Болотіна зазначає, що юридичних нормам притаманна системність. Тобто вони діють не кожна сама собою, а переважно в комплексах, асоціаціях, у складі цілих правових інститутів і у більш широких підрозділах – галузях права. Система галузі права – це сукупність елементів, які певним чином зв'язані між собою та утворюють певну цілісність. Системність – закономірна, неодмінна властивість об'єктивного права. Її деформація, руйнування – аномалія, «хвороба» права, яка може звести

нанівець його регулятивні можливості, перешкодити очікуваному законодавцем соціальному результату [266, с.77; 265].

М. В. Цвік зазначає, що право слід сприймати як систему що складаються з окремих елементів, між якими існує взаємозв'язок, яким обумовлюються місце і роль кожного елементу в цій системі [81, с.20]. Далі науковець зауважує, що розгляд права як системного явища не передбачає сприйняття норм, що його утворюють, як однорідної маси нормативних приписів. Норми права за своїм змістом досить різноманітні, що обумовлено спеціалізацією права. В механізмі правового регулювання кожна з них призначена вирішувати специфічні завдання, реалізовувати ті чи інші функції права. Виходячи з цієї обставини, в теорії права норми права класифікують за певними критеріями. Залежно від функціонального призначення норми права поділяють на регулятивні і правоохоронні [81, с.287-288].

За Д. А. Керімовим, системність права – це об'єктивне об'єднання (з'єднання) за змістовними ознаками певних правових частин в структурно впорядковану цілісну єдність, що володіє відносною самостійністю, стійкістю і автономністю функціонування [106, с.251]. Частини системного правового цілого, пише дослідник, з'єднані між собою за певними змістовними підставами, які характеризують субстанціональні особливості їх властивостей і зв'язків. Інакше об'єднання правових частин не матиме системної природи. Системне правове ціле утворює єдність в результаті структурної впорядкованості його частин, що визначають їх функціональні залежності та взаємодію. Структурна упорядкованість надає системному правовому цілому відносну стійкість, лише в межах якої допустимі зміни властивостей її частин та їх зв'язків. Система руйнується, якщо ці зміни виходять за межі мінімальних або максимальних її «порогів». Відносна самостійність системного правового цілого обумовлює відносну автономність її функціонування, ступінь якої визначає рівень даної системи.

Але відсутність взагалі будь-якої автономності функціонування позбавляє ціле характеру системності [106, с.251-253].

Отже, системність права – це його цілість та єдність, внутрішня упорядкованість та узгодженість, послідовність та стійкість зв'язків між його елементами. Забезпечується системність права різними факторами, і в першу чергу його формалізацією, тобто через вираження у законодавстві.

В. К. Бабаєва з цього приводу пише, що виражені в законодавстві норми права набувають властивість системності, тобто взаємозв'язку, узгодженості. Системність в право привноситься саме законодавством. Існуючі в свідомості, в поведінці нормативні правові установки цієї властивості не мають. Законодавець, закріплюючи в приписах нові юридичні норми, обов'язково погоджує їх з уже існуючими. Тільки системне, несуперечливе, офіційно існуюче право здатне виконати поставлені перед ним завдання. Правник вважає, що найважливішим і невідкладним завданням кожної держави є зміцнення системності права. Без цього ефективність правового регулювання буде мізерно малою [257, с.205-206].

Таким чином, коли ми ведемо мову про відсутність належного рівня системності законодавства, що регулює надання медичних послуг в Україні, ми маємо на увазі, перш за все те, що наразі відсутній єдиний систематизований нормативно-правовий акт, який би комплексно урегулював основоположні питання медичного обслуговування населення, визначив як публічно-так і приватно-правові аспекти суспільних відносин, що так чи інакше супроводжують надання медичних послуг.

Ми ні в якому разі не применшуємо значення і важливості тих законів, що були прийняті протягом останніх років, зокрема таких як: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року № 2206-

VIII. Однак вони регулюють лише окремі сторони сфери надання медичних послуг. Такий підхід призводить до того, що означене законодавство розвивається нерівномірно, непослідовно, досить часто оновленню піддаються не настільки важливі питання, у той час як найбільш гострі (наприклад, підвищення дієвості інституту юридичної відповідальності медичних працівників) не отримують належного вдосконалення і розвитку в частині нормативно-правового врегулювання.

З огляду на це, вбачається за доцільне провести систематизацію законодавства з питань медичного обслуговування населення. Систематизація нормативно-правових актів – це офіційна діяльність, спрямована на впорядкування та вдосконалення законодавчих і підзаконних актів, приведення їх до єдиної внутрішньої погодженої системи. Систематизація нормативно-правових актів необхідна для: а) усунення суперечностей між нормативними актами; б) підвищення якості й ефективності законодавства; в) забезпечення доступності його використання громадянами, державними органами, громадськими організаціями, комерційними структурами [234, с.378].

Систематизація законодавства, зазначає І. С. Заграй, – засіб реформування, упорядкування законодавства, зведення його до певної внутрішньоузгодженої системи. За допомогою систематизації законодавства усуваються недоліки, повтори, застарілі норми тощо. Це процес зведення актів законодавства до єдності шляхом внутрішньої та зовнішньої обробки їх змісту [82].

Вона, систематизація, наголошує Г. О. Спіцина, є необхідною умовою ефективної правотворчої діяльності, сприяє усуненню прогалин, протиріч у чинному законодавстві. Аналіз і оброблення чинних нормативних актів, з метою створення внутрішньо-узгодженої системи актів забезпечить зручні

умови при реалізації своїх прав та обов'язків суб'єктами правовідносин [255].

А.Д. Машков пише, що завдяки систематизації нормативно-правових актів досягається: створення стрункої системи законодавства, яка б забезпечувала повноту, доступність і зручність у користуванні нормативним матеріалом; забезпечення зручності в користуванні розгалуженою, складною системою законодавства, яка містить велику кількість нормативно-юридичних актів (норм); звільнення законодавства від застарілих положень, нормативних колізій і прогалин; оновлення законодавства відповідно до потреб життя [150, с. 256].

За П. М. Рабіновича за результатами систематизації законодавства забезпечуються: установлення й усунення його дефектів, помилок; підвищення його ефективності; забезпечення зручності користування ним, полегшення пошуків юридичної норми, яка підлягає застосуванню чи реалізації; сприяння вивченню законодавства, а також його дослідженню [215, с.126].

Схожу позицію висловлює М. В. Цвік, який вважає, що особливе значення систематизації полягає у тому, що в наслідок її проведення забезпечуються: уніфікації національного законодавства – його приведення до єдиної системи шляхом усунення розбіжностей і надання одноманітності правовому регулюванню подібних або близьких видів суспільних відносин; вільний й оперативний доступ громадян до всього масиву національного законодавства [80, с. 313].

Серед інших форм систематизації особлива увага має бути приділена кодифікації законодавства, яка здійснюється шляхом перероблення та зведення у процесі нормотворчості норм права, що містяться в різних нормативно-правових актах, у логічно узгоджену, побудовану на наукових принципах систему і створення на цій основі нового єдиного нормативно-

правового акта. Ознаками кодифікації є такі: а) як і консолідація, вона завжди є офіційною систематизацією, що здійснюється виключно в межах нормотворчої діяльності; б) результатом кодифікації є видання нового (кодифікованого) нормативно-правового акта; в) у процесі кодифікації з'являються нові елементи системи права – норми та інститути права, що принципово відрізняє кодифікацію від інших видів систематизації; г) з набранням чинності кодифікованим актом попередні акти, що регулюють аналогічні суспільні відносини, втрачають чинність повністю або в частині, що суперечить цьому акту. Результатом кодифікації є видання кодифікованого акта – нового зведеного нормативно-правового акта, що системно і вичерпно регулює певну сферу суспільних відносин – на рівні галузі або підгалузі права. Кодифіковані акти становлять той фундамент, на якому будується нове законодавство. Вони впорядковують нормативно-правовий масив, усувають наявні суперечності, уніфікують правовий категорійний апарат, забезпечують термінологічно-мовну єдність нормативно-правових актів. На відміну від результатів інших видів систематизації кодифікований акт не тільки впорядковує чинне законодавство, а й якісно, методологічно вдосконалює його. Кодекс є свідченням високого рівня розвитку юридичної науки та законодавчої техніки і водночас потужним поштовхом до подальших наукових досліджень відповідної галузі, розроблення та видання нових нормативно-правових актів на виконання його норм [259].

Отже, розробка єдиного кодифікованого акту є важливим кроком у напрямку вдосконалення правового регулювання сфери медичних послуг, він має розвинути конституційні гарантії захисту життя та здоров'я людини, комплексно і системно, тобто послідовно та органічно, врегулювати не лише державні фінансові, але й організаційно-управлінські, юридичні, етичні та інші важливі засади і гарантії надання медичних послуг, з урахуванням

реалій сьогодення та намічених векторів і перспектив подальшого розвитку галузі медичного обслуговування. Кодифікація має сприяти перетворенню законодавства з питань медичного обслуговування із сукупності нормативно-правових актів різної юридичної сили у цілісну, внутрішньо узгоджену, стабільну та ефективну систему регулювання відповідних суспільних відносин.

2. Низький рівень дієвості інституту юридичної відповідальності медичних працівників. У попередньому підрозділі ми вже звертали увагу на те, що в силу ряду факторів випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності мають поодинокий характер, зокрема через те, що медичні категорії справ за ступенем складності визнаються найбільш складними, адже специфіка медичної діяльності, необізнаність правників у ній не дозволяє юристам самотійно, не звертаючись за допомогою медиків, визначати ступінь вини медичних працівників. Одним із найскладніших завдань суду та правозахисників при розгляді даних справ є доведення суб'єктивної сторони злочинів та вини медичних працівників при обґрунтуванні цивільних позовів. Говорячи про невинуватість медичних працівників, суд має з'ясувати стався нещасний випадок чи лікарська помилка, а між тим невизначеність правників щодо даних категорій і відсутність цих понять в законодавстві дозволяє трактувати їх досить широко [79, с.121].

Як наслідок у сфері медичних послуг має місце безкарність, що негативно позначається на ставленні громадськості як до системи охорони здоров'я, так і до держави, як суб'єкта що повинен і, найголовніше, здатен забезпечувати правову справедливість, захищати встановлений правовий порядок, права та законні інтереси громадян. Одним із можливих кроків ну напрямку підвищення ефективності функціонування інституту юридичної відповідальності у досліджуваній сфері вбачається розширення кола складів

адміністративних правопорушень, за які можуть бути притягнені суб'єкти надання медичних послуг.

Так, вбачається за доцільне встановити адміністративну відповідальність для медичних працівників за розголошення в наслідок їх дій чи бездіяльності інформації про стан здоров'я пацієнта інші сторони, проблеми його особистого, сімейного життя, окрім випадків прямо передбачених законом, якщо це є призвело до настання тяжких наслідків. Так, згідно статті 39-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. У статті 40 цього ж закону також закріплено, що медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта [83].

Охороняється означене право пацієнтів КК України, а саме його статтею 145. Однак об'єктивна сторона складу злочину, закріпленого у даній статті передбачає наявність тяжких наслідків. Ними можуть визнаватися; самогубство або спричинення собі тяжких чи середньої тяжкості тілесних ушкоджень, психічна хвороба тощо [123]. Відповідно, якщо такі наслідки відсутні, або зв'язок між ними та діями медичного працівника не встановлено, останні не може бути притягнений до відповідальності. Однак –

це ще не означає, що його дії не містять суспільної загрози і не порушують норм та принципів суспільного життя. Адже у ряді випадків розголошення вищезгаданої інформації може спричиняти, хоча й не тяжкі, втім суттєві незручності для особистого чи публічного життя пацієнта. Очевидно, що така ситуація не має залишатися безкарною, і вимагає справедливого реагування з боку держави.

Далі, переконані, що необхідно більше уваги приділити вдосконаленню регулювання адміністративної відповідальності за протизаконне здійснення народної медицини (цілительства).

Згідно українського законодавства народна медицина (цілительство) - методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації. Особи, які не мають спеціальної медичної освіти, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи - підприємці та отримали спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством), виданий центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, мають право на зайняття народною медициною (цілительством) [83]. Вимоги щодо здійснення даної діяльності регламентують статтею 74-1 вищезгаданого закону від 19.11.1992 р. № 2801-XII та декільком підзаконними нормативно-правовими актами. Порушення особою цих вимог, згідно означеної статті 74-1, тягне за собою настання юридичної відповідальності, зокрема передбаченої статтею 46-2 КУпАП. Однак сама дана стаття має бланкетний характер і не містить чітко сформульованого складу чи складів правопорушення. І закріпленого у ній положення неможливо зробити чіткий висновок ані про об'єктивну, ані суб'єктивну стороною складу правопорушення. Така ситуація має двоякий характер: з одного боку вона створює сприятливі умови для зловживання своїми

повноваженнями з боку контролюючих органів, з іншого – для ухиленні від відповідальності суб'єктів надання послуг нетрадиційної медицини. Для вирішення даного проблемного питання вбачається а доцільне сформулювати та закріпити у законодавстві ознаки правопорушень, що вчиняються у даній сфері, хоча б тих, що мають найбільш поширений характер.

Також вважаємо за потрібне звернути увагу на те, що законом « Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 року N 3611-VI текст закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII був доповнений статтею 14-1 про систему стандартів у сфері охорони здоров'я, яку складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. При цьому у цій же статті передбачено, що додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики [83].

Однак, визнаючи обов'язковість виконання суб'єктами надання медичних послуг вимог медичних стандартів, законодавець, у той же час, не передбачив важливої юридичної гарантії виконання даного обов'язку означеними суб'єктами, а саме – їх відповідальності за порушення цих вимог. Звідси, з метою посилення гарантій захисту прав і законних інтересів споживачів медичних послуг, а також підтримки високого рівня професійності та дисциплінованості медичних працівників, вбачається за доцільне передбачити у КУпАП відповідальність медичних працівників за порушення медичних стандартів.

Ще одним важливим кроком щодо вдосконалення правового регулювання адміністративної відповідальності у сфері надання медичних послуг є розширення кола стягнень за вчинення правопорушень у ній.

Адміністративне стягнення є мірою відповідальності і застосовується з метою виховання особи, яка вчинила адміністративне правопорушення, в дусі додержання законів України, поваги до правил співжиття, а також запобігання вчиненню нових правопорушень як самим правопорушником, так і іншими особами [111].

Так, на сьогодні в КУпАП за вчинення проступків у досліджуваній сфері передбачені лише штрафи. Штраф є грошовим стягненням, що накладається на громадян, посадових та юридичних осіб за адміністративні правопорушення у випадках і розмірі, встановлених цим Кодексом та іншими законами України [111].

На нашу думку за певні види досліджуваних правопорушень було б доцільно у санкціях статей прямо передбачити таке стягнення як позбавлення права займатися медичною діяльністю на 1 рік. Наприклад за умисне розголошення лікарської таємниці, якщо це не призвело до настання тяжких наслідків, втім негативним чином позначилося на репутації особи, призвело до ускладнень у сімейному, особистому житті. Слід відмітити, що згідно статті 30 КУпАП позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю призначається судом на строк від шести місяців до одного року, незалежно від того, чи передбачене воно в санкції статті (санкції частини статті) Особливої частини цього Кодексу, коли з урахуванням характеру адміністративного правопорушення, вчиненого за посадою, особи, яка вчинила адміністративне правопорушення, та інших обставин справи суд визнає за неможливе збереження за нею права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю. Однак позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю призначається судом строком на один рік, коли його спеціально передбачено в санкції статті (санкції частини статті) Особливої частини цього Кодексу [111].

3. Ефективність та дієвість контролю у сфері надання медичних послуг.

У даному разі ми не будемо детально зосереджувати увагу на державному контролі у сфері надання медичних послуг, оскільки йому окремо буде присвячений наступний підрозділ. Втім зауважимо, що в цілому позитивно оцінюючи кроки щодо впровадження інституту Ради громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу з питань медичного обслуговування населення, маємо певні зауваження щодо вимог до його організації та діяльності. Так, закріплюючи обмеження щодо членства певних осіб у складі зазначеної Ради, нормотворець разом із тим не передбачив ніяких вимог ані щодо морально-етичних, ані, що найважливіше, професійних якостей осіб, які обираються до складу Ради. Звідси постає цілком логічне питання про те, наскільки такий орган здатен здійснювати якісний та ефективний контроль у даній сфері і чи будуть результати і висновки за результатами його здійснення об'єктивними? Очевидно, що за відсутності спеціальних знань у членів Ради, для отримання достовірних, об'єктивних результатів контролю вона має звертатися до відповідних фахівців, однак закон з цього приводу не містить жодних вказівок. Також незрозумілим залишається механізм врахування висновків та пропозицій, рекомендацій Ради у діяльності уповноваженого органу. Така ситуація вимагає більшого змістовного підходу до законодавчого врегулювання вимог щодо формування членського складу Ради, форм та методів її діяльності.

Отже, підсумовуючи вище викладене, можемо констатувати, що, незважаючи на ряд змін і перетворень, які відбулися протягом останніх років у сфері охорони здоров'я, правові засади надання медичних послуг в нашій державі все ще мають суттєві проблемні моменти, вирішення яких потребує більш ретельної уваги, з боку держави в особі її компетентних органів і посадових осіб.

3.2 Удосконалення державного контролю за дотриманням вимог законодавства про надання медичних послуг в Україні

Важливою функцією будь-якої держави, а особливо тієї, яка проголошує себе як соціальна, є охорона здоров'я кожної людини незалежно від її матеріального становища та соціальної ролі яку вона (людина) відіграє. У відповідності із преамбулою Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, членом якої є і наша держава, уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів і ця відповідальність потребує прийняття відповідних мір [237; 134]. Зокрема проведення ефективного та дієвого контроль у сфері медичного обслуговування, однак, нажаль, слід констатувати, що сьогодні існують певне коло проблем щодо державного контролю за дотриманням вимог законодавства про надання медичних послуг в Україні. Саме тому даний підрозділ буде присвячений вивченню проблемним ним питань означеного контролю та визначенню можливих кроків із його удосконалення.

У системі засобів забезпечення законності у публічному адмініструванні державний контроль, який виступає «зворотним зв'язком» через який суб'єкт публічного адміністрування отримує інформацію про результати діяльності, а також про ті помилки та зміни у ситуації, що можуть призвести до невиконання поставлених завдань чи отримання зовсім інших результатів. Маючи таку інформацію, можна оперативно втрутитися, привести важелі адміністрування у відповідність з умовами, що виникають, та попередити небажані наслідки у сфері охорони здоров'я [251].

Розглянемо більш детально сутність понять «контроль» та «державний контроль», які наводить у своїй статті Єдинак Т.С. [77]

Так, В. М. Гаращук, розглядаючи контроль як особливу функцію державного управління, зазначає, що контроль – це «...перевірка, а також

спостереження з метою перевірки для протидії чомусь небажаному, виявлення, відвернення та припинення протиправної поведінки з боку когонебудь» [42; 77]. На його думку, у змісті категорії «контроль», окрім «перевірки» або «нагляду з метою перевірки», впливає ще один зміст цього слова – протидія чомусь небажаному [42; 77].

На думку В. Я. Малиновського, контроль – це процес забезпечення досягнення організацією своєї мети, що складається з установлення критеріїв, визначення фактично досягнутих результатів і запровадження корективів у тому випадку, якщо досягнуті результати суттєво відрізняються від установлених критеріїв [144, с.293; 77]. Єдинак Т.С., вважає, що таке визначення розкриває зміст більше внутрішнього контролю, котрий здійснюється безпосередньо в самій організації чи відомстві, аніж контролю як зовнішньо орієнтованої функції державного управління [77].

Державний же контроль (нагляд), на думку В. Я. Малиновського, -- одна з форм здійснення державної влади, забезпечення додержання законів та інших нормативних актів, що видаються органами держави, система державних органів перевірки [144, с.294; 77].

У свою чергу, В. С. Шестак визначає державний контроль, як самостійно чи зовнішньо ініційовану діяльність уповноважених на те суб'єктів, котра спрямована на встановлення фактичних даних щодо об'єктів цього контролю для визначення її відповідності/невідповідності тим правомірним оцінним критеріям, котрі передбачають застосування адекватних отриманому результатів заходів реагування в унормованому порядку [290; 77].

На думку Ю.П. Битяка, державний контроль – це складова частина (елемент) управління, що забезпечує систематичну перевірку виконання Конституції, законів України, інших нормативних актів, додержання дисципліни й правопорядку й полягає у втручанні контролюючих органів в

оперативну діяльність підконтрольних органів, у наданні обов'язкових для виконання вказівок, припиненні, зміні чи скасуванні актів управління, застосуванні заходів примусу щодо підконтрольних органів [3, с. 223–224].

Н. Нижник та І Якушик тлумачать контроль як ефективну складову соціально-економічного розвитку держави. Контроль, відмічають вони – це : систематична конструктивна діяльність керівників державної служби, органів управління, як одна з основних управлінських функцій; завершальна стадія процесу управління, серцевиною якої є механізм зворотного зв'язку; це невід'ємна складова процесу прийняття і реалізації управлінських рішень, що безперервно бере участь у цьому процесі від початку і до завершення [165].

В. І. Стражев стверджує, що контроль виконує допоміжну підфункцію в усіх функціях управління, а суть його полягає у виявленні й усуненні помилок (як навмисних, так і ненавмисних), які виникають у функціональних діях із планування, обліку, аналізу й регулювання [249].

За В. Б. Авер'яновим зміст державного контролю, полягає у спостереженні та перевірці розвитку суспільної системи й усіх її елементів відповідно до визначених напрямів, а також у попередженні та виправленні можливих помилок і неправомірних дій, що перешкоджають такому розвитку [4, с.349].

Д. М. Павлов розуміє державний контроль як спостереження за функціонуванням відповідного підконтрольного об'єкта задля одержання об'єктивної і достовірної інформації про стан законності й дисципліни з метою своєчасного вжиття заходів щодо запобігання й усунення порушень законності і дисципліни та притягнення порушників до відповідальності [178, с.75].

З позиції, яку висловлює Т. В. Маматова, державний контроль можна розглядати як: реалізацію функції втручання держави в діяльність організацій будь-яких сфер діяльності у разі виникнення загрози безпеці (людини, держави, навколишнього середовища); процес вироблення коригувальних дій, що базується на порівнянні фактичного та заявленого стану об'єкта відповідно до визначених критеріїв; виявлення фактів або намірів, що можуть призвести до виникнення загрози безпеці (людини, держави, навколишнього середовища) [145, с.23].

Досить змістовну позицію щодо значення і сутності контролю висловлює В. В. Посметний, який пише, що формулювання визначення поняття контролю має бути таким, щоб відображати наступні його властивості, а саме: його функціональне призначення; те, що він виникає на будь-якій стадії управлінського процесу; те що він здійснюється всіма суб'єктами управління; те, що він дає змогу здобувати оперативну інформацію про підлеглі органи (підрозділи), об'єктивно та конкретно відображати фактичний стан справ на підконтрольних об'єктах, виявляти позитивний досвід та прорахунки в прийнятих управлінських рішеннях, в організації та стилі роботи органів управління, вивчати риси характеру працівників; те, що він дає можливість втручання суб'єкта контролю в оперативну діяльність підконтрольного об'єкта [197].

Звідси контроль являє собою спостереження, перевірка чи нагляд за функціонуванням відповідного об'єкта з метою отримання об'єктивної та достовірної інформації про стан справ на ньому під час якого контролюючий суб'єкт наділений правом втручання в оперативну діяльність підконтрольного об'єкта (припиняти його діяльність, змінювати керівництво чи безпосередніх виконавців, застосовувати заходи примусу тощо) [197].

О. Ф. Андрійко у своїх працях справедливо наголошує, що державний контроль є важливим елементом системи державного управління, який дає

змогу суттєво впливати на хід управлінської діяльності, коригуючи її у разі виявлення відхилень від визначеного напрямку. Значення та важливість державного контролю особливо зростає за нинішніх умов послаблення виконавчої дисципліни, зниження ефективності управлінських рішень, недотримання вимог законодавства. Тобто контроль як вид державної діяльності, функція органів влади і управління спрямований на забезпечення подальшого розвитку суспільства. Він, контроль, сприяє виконанню покладених завдань, забезпечує дотримання чіткості й доцільності роботи органів влади та управління, які є організаторами діяльності людей, зайнятих у різних сферах суспільного життя. Контроль відіграє важливу роль у підвищенні відповідальності держави в особі своїх органів перед суспільством за свої дії [36, с.427-430].

Отже, із вище приведеного видно, що серед дослідників немає однастайності з приводу визначення поняття «контролю» та «державного контролю» зокрема. Його тлумачать і як метод, і як функцію, і як форму, і як засіб, і як принцип управління, що є цілком зрозумілим, враховуючи багатоаспектність та різноплановість такої категорії як «контроль».

Тож кожен із вище зазначених підходів має право на існування, разом із тим, більшість науковців солідарні у тому, що сутнісний зміст контролю, зокрема державного, становить спостереження за певним процесом, діяльністю, поведінкою, функціонуванням когось або чогось, з метою виявлення в об'єкті, предметі контролю порушень, відхилень від встановлених правил, намічених цілей, пріоритетів, з'ясування наявності у ньому інших недоліків, що перешкоджають чи можуть перешкоджати нормальній реалізації об'єктом (предметом) контролю свого функціонально-цільового призначення, та вжиття заходів щодо їх усунення і приведення зазначеного об'єкту у відповідність до тих чи інших нормативів, потреб. Це у повній мірі стосується й контролю у сфері медичного обслуговування.

Серед усіх суб'єктів найбільшими можливостями для здійснення якісного та ефективного контролю в основних сферах суспільного життя володіє держава. Адже вона, в особі її компетентних органів і посадових осіб, володіє реальними повноваженнями для впливу на суспільство та суспільні справи, з метою забезпечення у них встановленого правового порядку та дисципліни, підтримки режиму законності. Тож, сутність державного контролю полягає у спостереженні та перевірці розвитку системи охорони здоров'я й усіх її елементів відповідно до визначених напрямів, а також у попередженні та виправленні можливих помилок і неправомірних дій, що перешкоджають такому розвитку. Контроль тісно пов'язаний з іншими видами державної діяльності й може входити до їх складу як певна частина. Водночас як самостійна функція управління контроль має специфічний характер [113; 4].

В сучасних умовах виникла потреба у перегляді існуючих підходів до системи державного контролю, системи органів державного контролю та її законодавчого забезпечення [4]. Адже за роки незалежності, незважаючи на вжиті заходи, проблем і недоліків суттєво не поменшало, ані у державному управлінні в цілому, ані у системі контролю у досліджуваній сфері, вони не стали більш ефективними та дієвими. Втім останнім часом процес демократизації започаткував зміни у співвідношення централізованого та децентралізованого адміністрування, призначення контролю та форми і методи його реалізації [4]. Із засобу переслідування контроль перетворився на засіб інформаційно-аналітичного характеру, став невід'ємним фактором подальшого розвитку публічного адміністрування. На рівні органів виконавчої влади контроль трансформується у функцію, яка може бути як основною їх діяльністю, так і виступати складовою ширшої діяльності [4].

Зауважимо, що розглядаючи місце і роль контролю у сфері публічного адміністрування системи охорони здоров'я, слід зазначити існування

відмінностей між поняттями «система державного контролю у сфері публічного адміністрування охороною здоров'я» і «система органів державного контролю у сфері охорони здоров'я».

Функцію контролю публічного адміністрування сфери охорони здоров'я здійснюють у різних обсягах та формах більшість публічної адміністрації.

З цього приводу слушно зазначає, О.Г. Стрельченко, що система державного контролю включає органи і посадові особи, наділені державою контрольними повноваженнями щодо органів публічного управління, форми і методи контрольної діяльності та взаємозв'язки між ними. На відміну від системи державного контролю система органів державного контролю у сфері охорони здоров'я є вузьким поняттям, оскільки включає лише ті органи публічної адміністрації, для яких контроль є основною діяльністю, і здійснюється у відповідній сфері чи стосується певної функції, конкретних питань. Тобто органи державного контролю у сфері охорони здоров'я – це такі, що наділяються контрольними повноваженнями, виключно, або переважно у сфері охорони здоров'я [251]. Через такі спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій. У визначенні змісту та шляхів виконання загальнодержавних та місцевих програм охорони здоров'я, здійсненні відповідних конкретних заходів, вирішенні кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності в цій галузі можуть брати участь

фахові громадські організації працівників охорони здоров'я та інші об'єднання громадян, у тому числі міжнародні [12].

Перейдемо до розгляду проблемних питань державного контролю у досліджуваній сфері, на наявність у яких вже неодноразово звертали увагу.

З цього приводу слушною є думка Я.Г. Літінської, яка вказує, що звернення до установ, що здійснюють контроль у сфері якості надання медичної допомоги (за рівнем деонтологічних характеристик) є одним із важливих способів захисту порушених прав громадян у цій сфері. Проте, практика свідчить про недостатню ефективність зазначеного виду організації контролю якості медичної допомоги. Так, громадяни, у відповідності із Законом України «Про звернення громадян» [83], мають право звертатися до зазначених органів контролю та на розгляд та реагування у встановленому законом порядку. Проте, даний спосіб захисту не здобув визнання серед пацієнтів. За даними соціологічного опитування «Вивчення громадської думки як інструмент моніторингу дотримання прав пацієнтів» лише кожний п'ятий респондент, чиї права були порушені намагався реалізувати своє право на оскарження, важливо, що більшість постраждалих набули негативного досвіду у захисті свого права: вони отримували формальні відповіді на свої скарги (50%), які неодноразово поверталися від інстанції до інстанції (43%) або взагалі залишалися без відповіді (34%) [134].

Отже, ми бачимо, що на сьогодні є проблема відсутності в законодавстві дієвих норм, які б визначали належний механізм щодо звернення осіб до контролюючих органів. Відсутній чіткий процесуальний порядок організації та проведення перевірок, а також усунення виявлених за їх результатами недоліків. Ми також погоджуємось з Я.Г. Літінською, яка вказує, що важливим недоліком є відсутність нормативного забезпечення принципів об'єктивності та компенсаційності, що закладені законом «Про звернення громадян» [83], тобто в системі не передбачається механізм

відновлення прав особи, щодо якої визнається порушене право [251]. Дані питання, на думку автора, підлягають законодавчому регулюванню, що має будуватися на принципі незворотньої та суворої відповідальності за порушення процесуальних норм реагування на звернення громадян. Крім того, контроль у сфері надання медичної допомоги повинен виконувати функції загальної та спеціальної привенції, що на сьогоднішній день фактично залишається поза увагою законодавця [251; 134].

Для вирішення даних проблем, вчений З. С. Гладун вважає доцільним запровадження незалежних контрольних інституцій на місцевому рівні, в повноваження яких буде входити здійснення перевірки якості наданої медичної допомоги, в тому числі за скаргами громадян та у інших випадках, що мають передбачатися законодавством. Через те, що галузь медицина потребує спеціальних навичок та освіти, то до таких контрольних установ мають бути включені провідні практикуючі спеціалісти у галузі медицини, науковці, фахівці з біоетики. Доречним також є здійснення виїзної діяльності таких комісій, тобто не за місцем проживання, роботи членів, а за обміном, що могло б певною мірою виключити заінтересованість у результатах розгляду. Члени комісії мають бути призначені на певний строк, що давало б змогу зрозуміти головну функцію (контроль якості, а не захист «мундиру») та суспільну користь займаної посади [45; 134].

Ще одним важливим моментом – зазначає Літінська Я.Г. – який негативно позначається на якості контролю у досліджуваній сфері, а саме його об'єктивності є те, що експертизи якості надання медичної допомоги, згідно пункт 1.5. Інструкції про проведення судово-медичної експертизи, затверджене наказом МОЗ № 6 від 17.01.95 р., здійснюється саме в науково-дослідних установах МОЗ України. Таким чином, утворюється ситуація, коли не виконується принцип незалежності судової експертизи, у зв'язку з тим, що вона фактично носить характер відомчого підпорядкування. Орган

виконавчої влади, у випадку невиконання своїх функцій здатен якісно впливати на хід судового процесу та обсяг відповідальності, який на нього покладається, що звичайно, відображується на результатах проведення такого роду експертиз [101; 134].

Літінська А.Г., також зауважує, що означена Інструкція не містить у собі спеціальних вимог щодо проведення такої судової експертизи, окрім одного єдиного випадку, а саме: проведення колегіальної експертизи при притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності за професійні порушення [134]. Для вирішення даної проблеми, доцільно, на думку Літінської А.Г. [134], з якою ми погоджуємось, скористатися пропозицією, яку висловлює І. Я.Сенюта, що для проведення такого роду експертиз необхідно вивести з підзвітності та підконтрольності МОЗ України, шляхом віднесення, наприклад, у якості спеціального відділу при інших міністерствах, зокрема, Міністерства юстиції. Поодинокі приклади із судової практики також свідчать про ефективність залучення у справах про захист прав пацієнтів експертних служб Міноборони, проте, дані випадки певною мірою суперечать відомчим актам, зокрема Інструкції, яка, як вже зазначалося, звужує перелік установ в яких можливе проведення судово-медичної експертизи. Таким чином, наголошує науковець, аналіз сучасного законодавства з питань контролю якості надання медичної допомоги, як засобу забезпечення прав пацієнта, дозволяє дійти висновку про необхідність впровадження нових та вдосконалення існуючих форм контролю з метою забезпечення прав людини на охорону здоров'я. Впровадження механізмів ефективного контролю та оцінки якості є надзвичайно актуальним питанням, яке дозволить зробити крок вперед, зокрема, на шляху реалізації концепції медичного страхування [230; 134].

Актуальною залишається і проблема якості державного контролю під час ліцензування медичних послуг. З. О. Налюк, наголошує, що ліцензування

медичної діяльності суб'єктів ринку медичних послуг повинно здійснюватися комісією відділу ліцензування та акредитації міністерства охорони здоров'я України. У сферу її компетенції також повинно входити вирішення спірних питань щодо процесу акредитації на регіональному рівні, а також здійснення повторного процесу ліцензування та акредитації після встановленого терміну в наявності негативної рецензії регіональної комісії щодо певного лікувально-профілактичного закладу у випадку виявлення його невідповідності критеріям ліцензування та акредитації. Також, вчений вказує на те, що реформування процесів ліцензування та акредитації підприємницької і некомерційної діяльності на ринку медичних послуг шляхом децентралізації функцій і зміни структури і завдань комісій з ліцензування та акредитації допоможе покращити державний контроль, що призведе до вдосконалення механізму державного регулювання даного ринку в Україні [270]. Державна система акредитації повинна об'єднувати зусилля Міністерства охорони здоров'я, асоціацій лікарів і пацієнтів, незалежних експертів, науковців, громадських організацій, тобто практично всіх зацікавлених у нормальній роботі системи медичної допомоги громадянам країни [161; 299]. Обов'язкова державна акредитація всіх медичних закладів, незалежно від форми власності, має проводитись кожні три роки. Це визначає отримання державного дозволу (ліцензії) на медичну діяльність та встановлення рівня відповідності закладу чи особи певним його типам [92; 299]. Метою акредитації є офіційне визнання факту наявності в закладі можливостей для надання медично-профілактичної допомоги певного типу. Акредитація медичних закладів дає змогу встановити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам та регламентам. Це визнання відповідності певного закладу чи особи певним вимогам, які дозволяють їм виконувати певні функції. В майбутньому отримання певного рівня

акредитації стане попередньою умовою для отримання контракту зі страховою компанією [299].

На думку С.П. Бутенко, в процесі становлення сучасної моделі державної акредитації лікувально-профілактичних закладів необхідне поглиблення участі громадськості, зокрема професійних і пацієнтських асоціацій, а також вивчення досвіду зарубіжних моделей акредитації лікувально-профілактичних закладів, що є одним із шляхів підвищення ефективності вітчизняної моделі акредитації. Позитивним шляхом до удосконалення моделі акредитації лікувально-профілактичних закладів в Україні, на наш погляд, може стати процес децентралізації, яким передбачається участь органів місцевого самоврядування в управлінні охороною здоров'я в регіонах [29].

Позиція С.П. Бутенко щодо необхідності більш активного залучення громадськості до проведення контролю у досліджуваній сфері, а також щодо необхідності створення незалежних органів оцінювання якості медичних послуг підтверджується й міжнародною практикою [299].

Цікавим безпосередньо для нашої країни є досвід щодо створення зовнішніх незалежних контролюючих структур (наприклад, Організація з оцінювання лікарів, Об'єднана комісія з акредитації лікарень, США), в обов'язки яких входить перевірка та визначення якості наданої хворому допомоги. Основним інструментом оцінки якості служать стандарти медичної допомоги, які оцінюються методом аудиту медичних процедур, коли на законодавчому рівні від кожної лікарні вимагається сертифікат і/або ліцензія державного зразка; вищими установами організуються регулярні перевірки медичної діяльності із застосуванням методів статистичного аналізу [92; 232; 163]. У Сполученому Королівстві якістю медичних послуг опікується Національна комісія з покращення системи охорони здоров'я, однак акредитації проводяться не державними установами, а різними

організаціями, що входять до Акредитаційного форуму Сполученого Королівства (United Kingdom Accreditation Forum (UKAF)). Багато з них є вузькоспеціалізованими організаціями, наприклад, організація з акредитації закладів, що практикують електроконвульсивну терапію, — The ECT Accreditation Service (ECTAS). У Франції питаннями якості медичних послуг займається Вищий орган з питань здоров'я (La Haute Autorité de santé). Це повністю незалежний державний орган, очолюваний колегією з 8 членів, до якої входять, окрім представників Міністерства охорони здоров'я, ще і представники колегій лікарів (лікарських асоціацій) та медичних вищих навчальних закладів. Процедура акредитації у Франції не є обов'язковою для всіх закладів охорони здоров'я, але вона обов'язкова для «ризикованих» видів медицини, до числа яких, наприклад, входять хірургія, ортопедія і травматологія, онкологія. Список «ризикованих» видів медицини встановлюється Декретом Міністерства охорони здоров'я. Єдиних, обов'язкових для всіх стандартів не існує, але є певні рекомендації для окремих видів діяльності, які теж встановлює Вищий орган з питань здоров'я. Проте на сьогодні медичні заклади частіше надають перевагу акредитації на міжнародному рівні та вдаються до допомоги великих міжнародних акредитаційних груп, що діють по всьому світові. Перш за все це обумовлено високою довірою до оцінок авторитетних міжнародних організацій. Важливим так само є і те, що акредитаційний сертифікат, виданий авторитетною міжнародною організацією, значно підвищує конкурентоспроможність медичної установи на глобальному світовому ринку медичних послуг [92].

С.В. Дубинський, розмірковуючи про проблеми медичного обслуговування в Україні, вважає, що однією із суттєвих проблем низької якості медичних послуг є відсутність у нашій державі якісної системи медичного страхування. Дослідник пише, що з одного боку контроль якості

медичної допомоги в нашій країні здійснюється на різних рівнях: медичними установами, органами охорони здоров'я, страховими медичними організаціями. Але з іншого, враховуючи що медичне страхування у нашій країні не набуло широкого розповсюдження, система контролю за якістю медичних послуг зберігається тотальною командній економіці. У вітчизняній охороні здоров'я з метою оцінки діяльності медичних установ традиційно використовуються показники державної статистичної звітності, такі як задіяність ліжка, лікарняна летальність, частота збігів або розбіжностей клінічних і патолого-анатомічних діагнозів та ін. Ці показники відображають ступінь дотримання організаційних принципів надання медичної допомоги. При цьому оцінка якості медичної допомоги і її ефективності часто не проводиться, тоді як сучасні управлінські технології повинні реалізовувати комплексний підхід до оцінки якості, оцінювати як процес надання медичної допомоги, так і досягнення результату. За умови командно-адміністративної системи відносна економічна самостійність державних підприємств і планомірний розподіл засобів виробництва не може забезпечити підприємствам хоча б відносну економічну свободу. Підприємства не могли вибирати найновіші технології і техніку, вони отримували (купували) таку техніку, яку виробляли підприємства-виробники і яка планомірно розподілялася державою між підприємствами-споживачами. Одночасно у цій системі недостатньо ефективною була система економічної відповідальності підприємств-виробників перед підприємствами-споживачами, техніка не завжди відповідала стандартам і вимогам [72]. На запровадження дієвої системи обов'язково медичного страхування як кроці до покращення якості медицини і поліпшення контролю за нею, наголошує й Г. Ю. Тлулста. Автор підкреслює, що до переваг обов'язкового медичного страхування відноситься: знаходження під постійним наглядом держави, підвищення прозорості фінансування системи охорони здоров'я, тощо. Також, слід

відмітити, що обов'язкове медичне страхування знаходиться під жорстким контролем держави й характеризується бездохідністю. Ця форма організації страхового фонду дає можливість планувати медичну допомогу завдяки стабільній сплаті страхових внесків у страховий фонд [263].

Однак, в цілому підтримуючи означену позицію щодо того, що запровадження обов'язкового медичного страхування має позитивно позначитися на якості медичних послуг, що підтверджується світовим досвідом [169]. Так, наприклад, система медичного страхування у Німеччині була створена ще в 1881 році. Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд над функціонування усієї системи медичного страхування. В Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Ним займається біля 1200 страховик кас (страхових фондів), побудованих по професійному принципу (шахтарі, фермери, моряки та ін.), по територіальному принципу та ерзац каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування ти категорій, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Всі три різновиди кас входять у систему керованого державою медичного страхування [284; 169].

Головна функція уряду по відношенню до медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страховик кас нормам закону, зокрема, забезпечення виконання страхових програм. У зв'язку з цим держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схема фінансування та організації медичної допомоги, бере участь у формування цін на медичні послуги, надає недержавним органам – страховим компаніям та асоціації лікарів значні функції в управлінні системою. Страхові каси в Німеччині – це автономні

організації, яким надано право встановлення ставки страхового внеску вище його базового рівня, розширення сфери медичних послуг вище базової програми, вибору форму взаєморозрахунків із лікувально-профілактичними закладами. Звідси їх повна фінансова незалежність від держави. Але це, у свою чергу, не значить, що страхові каси не є частиною системи охорони здоров'я Німеччини. Страхові каси є органічною невід'ємною частиною всієї системи охорони здоров'я, його підсистемою. Страхові каси тісно взаємодіють з урядом, в виконанні активної політики стримування росту вартості медичної допомоги, беручи на себе зобов'язання більш жорсткої системи взаєморозрахунків з медичними закладами, введенням доплат застрахованим та інше, в результаті чого страхові каси не є опонентами органів управління охороною здоров'я та розділяють із ними відповідальність за стан медичної допомоги населенню [12; 169].

Також слід відмітити систему медичного страхування США, що базується на об'єднанні центрального страхового фонду із мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків [169]. Така система діє в США в частині програм «Медикер» та «Медикейт». Ці програми обіймають більш ніж 20% населення, групове страхування за місцем роботи складає 58% населення та добровільного медичного страхування не за місцем роботи 2%. Біля 15% населення не мають доступу до медичного страхування і представляють собою малозабезпечених, безробітних, бездомних та членів сімей працівників підприємств, що не мають системи медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки [12; 169]. Найбільше медичним страхування охоплені робітники промисловості, державної служби, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Втрата робочого

місця автоматично призводить до втрати медичної страховки. Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в США – парадоксальне об'єднання неоліків та надмірностей. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку – більш ніж будь-яка інша країна в світі і, в той же час, більш ніж 15% населення американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю у них страхових медичних полісів. Серед приватних страхових компаній у США найбільш розповсюджені та відомі дві найбільші некомерційні страхові компанії «Блу крос» та «Блу шилд», що проводять добровільне медичне страхування, яке забезпечує відповідно оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для їх членів, що проживають в даному районі. Сьогодні діють численні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги [12; 169]. З 1981 року США розроблена система класифікації випадків госпіталізації або діагностичних груп. Розрахунок та медичне обслуговування за програмами «Медикер» та «Медикейт» виконувався, при цьому, в залежності від кількості медичних послуг. Така система розрахунків приводила до безпідставного затримання хворих в стаціонарі, до зростання числа операцій без показників, клінічних, лабораторних та інших досліджень. Крім того, основна мета – вседоступність медичної допомоги для всіх громадян – так і не була досягнута [12; 169]. В таких умовах функціонують практично всі медико-соціальні програми США. Нові моделі Національної системи охорони здоров'я передбачають збільшення розмірів страхових внесків, що супроводжуються зріст цін. Тому, обов'язкове медичне страхування не зустрічає широкої підтримки серед малозабезпеченого прошарку населення у США [12; 169].

В Україні на сьогодні також ведеться робота із створення законодавчих засад медичного страхування. На сьогодні існує декілька законопроектів, що містять плюралістичні бачення схем побудови системи регулювання обов'язкового державного медичного страхування як одного із елементів на шляху до реформування системи охорони здоров'я, що свідчить про пошук оптимальної довгострокової концепції, яка буде враховувати як фінансово-економічний стан держави, так світовий досвід [121]. Одним із таких законопроектів є проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні», який зареєстрований від 02.06.2018 року [211]. Однак більшість фахівці небезпідставно поки що досить скептично ставиться до запропонованих законодавчих нововведень, зауважимо – не до впровадження обов'язково медичного страхування, а таких засад його здійснення, що викладені у існуючих законопроектах. Зокрема вони зазначають, що подібні законопроекти спрямовані лише на те, щоб сформувати фінансову основу страхування, тобто активізувати грошові потоки, втім не вирішують цілу низку не менш важливих питань як то: страхові тарифи, страхові випадки, взаємовідносини страхового фонду (фондів) із постачальниками медичних послуг та їх споживачами, із публічними органами управління, співвідношення державних та приватних форм медичного страхування тощо [12, с.29; 121, с.9-10].

Отже, очевидно, що сьогодні Україна потребує впровадження обов'язкового медичного страхування, однак даний процес потребує суттєвої підготовки, зокрема ретельного вивчення зарубіжного досвіду, і має враховувати реалії сьогодення в нашій державі, існуючі тенденції та перспективи її соціально-економічного розвитку. Перед впровадженням обов'язкового медичного страхування необхідно здійснити відповідні законодавчі зміни, провести реструктуризацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я, визначити перелік безкоштовних медичних

послуг, що надаються за рахунок держави, та тих, що підлягають страховому покриттю, а також розробити систему пільг.

Доцільним буде звернути увагу і на проблему державного контролю щодо фінансового забезпечення сфери медичних послуг в Україні. Адже ефективне функціонування бюджетної сфери можливе за умов сталої дії механізму управління фінансовими ресурсами бюджетних установ. Як відмічає Г.В. Рак, на сьогодні існує дві взаємодоповнюючі складові такого механізму: фінансового забезпечення та фінансового регулювання. Подальше удосконалення фінансового забезпечення неможливе без:

по-перше, розширення фінансових повноважень (фінансової автономії) бюджетних установ(медичних закладів), і,

по-друге, підвищення дієвості фінансового регулювання, зокрема, у частині фінансового контролю бюджетних установ. Динаміка і масштаби бюджетних правопорушень в Україні свідчать про неефективність чинної системи державного фінансового контролю, що обумовлює необхідність подальшого реформування у напрямку розвитку внутрішнього фінансового контролю(далі ВФК) бюджетних установ. Поетапна модернізація контролю на основі ризик-орієнтованого підходу ставить перед науковцями і практиками завдання щодо пошуку найбільш дієвих методів, заходів і прийомів контролю, сумісних із чинною методологією зовнішнього контролю [216].

З цього приводу справедливо відмічає Н.І. Сушко, що дотримання належної процедури дає можливість у стислі терміни ініціювати створення підрозділів ВФК у бюджетних установах [253, с.311]. Однак процедурна точність хоча й є необхідною, але не достатньою умовою. Не менш важливими складовими вдосконалення системи внутрішнього контролю за коштами бюджетних установ є також: попередня діагностика чинної системи, коректна постановка цілей і завдань, з'ясування особливостей

функціонування установи (зокрема, галузевих, програмних), формування системи функціональних та оціночних показників ВФК, визначення перспективних напрямків розвитку і, чи не найважливіше, – ресурсного забезпечення процесу модернізації ВФК на рівні установи. Останнє означає не лише виділення асигнувань, додаткове матеріально-технічне забезпечення і перепідготовку кадрів, але й реорганізацію підрозділів ВФК на принципах, які встановлюють перспективні цілі й пропонують більш ефективні засоби профілактики правопорушень, зокрема, у частині обліку, звітності та аналізу фінансово-господарської діяльності бюджетних установ України [253]. Запровадження такого підходу має призвести до удосконалення державного контролю за дотриманням вимог законодавства про надання медичних послуг.

Отже, резюмуючи вище викладене, можемо зробити наступні висновки щодо можливих кроків із вдосконалення контролю у сфері надання медичних послуг:

- по-перше, необхідно вдосконалювати механізм державного реагування на звернення громадян до контролюючих органів із відповідними заявами, скаргами з питань медичного обслуговування. Адже сьогодні дана форма контролю має досить низький рівень ефективності, оскільки, як правило, не призводить до реального захисту прав і законних інтересів користувачі медичних послуг, а лише зводиться до формальних відписок;

- по-друге, доцільно створити незалежний контролюючий орган, який опікуватиметься питаннями перевірки якості нагання медичних послуг. Важливо, об такий орган мав колективний характер і складався із представників як держави, так і громадськості. При цьому до його членів маю висуватися суворі професійні та морально-етичні вимоги, для того, щоб забезпечити високий рівень якості, об'єктивності та неупередженості виконання даним органом своїх контрольних завдань та функцій;

- по-третє, запровадження продуманої системи обов'язкового медичного страхування має суттєво підвищити ефективність контролю за якістю та законністю надання медичних послуг. Адже страхування впровадження страхування передбачає чітке визначення умов та критеріїв його здійснення, що сприяє конкретизації об'єкта та предмету контролю, а відповідно і визначенню форм і методів його здійснення. Крім того, поряд із державою контроль здійснюватиме і страховик обираючи того чи іншого постачальник медичних послуг і співпрацюючи із ним. Більш того, за умов наявності здорової конкуренції, самі постачальники медичних послуг муситимуть здійснювати суворий контроль за якістю та законністю своєї діяльності, з метою отримати найбільш вигідні пропозиції від страховика.

3.3 Зарубіжний досвід правового регулювання надання медичних послуг та можливості його використання в Україні.

Сфера медичного обслуговування в Україні була та залишається проблемною, незважаючи на ряд змін і перетворень, що були запроваджені у ній. Така ситуація пояснюється цілим рядом як об'єктивних, та і суб'єктивних умов і факторів, і не в останню чергу відсутністю у нашої держави необхідного досвіду із реформування означеної галузі суспільного життя. Звідси цілком логічним є висновок про необхідність вивчення відповідного досвіду провідних зарубіжних країн з метою засвоєння і перейняття його позитивних аспектів та уникнення можливих проблем і хибних кроків на шляху реформування галузі надання медичних послуг. На об'єктивній необхідності й доцільності звернення до міжнародного досвіду розвитку сфери охорони здоров'я неодноразово наголошували дослідники.

Так, наприклад, О. В. Худошина пише, що сучасна парадигма глобального економічного розвитку та суспільного прогресу відображає реалізацію основного права людини на життя і здоров'я, а отже, отримання якісного медичного обслуговування. З огляду на це, значної актуальності набуває аналіз національних моделей організації систем медичних послуг, що сформувались у різних країнах світу. Існуюча на сьогодні їх типізація ґрунтується переважно на критеріях ролі держави у медичному обслуговуванні населення, ступені державного регулювання національних систем охорони здоров'я та рівня державного втручання у їх функціонування [280, с.102].

Т. М. Камінська у своїх працях зазначає, що Україна стоїть перед вибором моделі розвитку охорони здоров'я. Та модель, яка працювала донині, не виправдовує себе ні соціально, ні економічно. Вона багато років не корелюється з вимогами ст. 49 Конституції України, розвивається автономно, у тому числі на тіньовій основі, часто — всупереч державним рішенням. Реформування охорони здоров'я стає умовою виживання країни, розв'язання демографічної кризи, підтримки трудового потенціалу та добробуту громадян, проведення реформ в інших сферах [105]. До останнього часу, наголошує науковець, проблеми суспільного здоров'я розглядалися в контексті традиційного розвитку національної економіки. Але прощання із залишками командно-адміністративної системи, геополітичний вибір України, глобалізація світової економіки привнесли нові акценти у цілі та зміст реформування охорони здоров'я. Стало очевидним, що воно неможливе навіть у відносній ізоляції від міжнародного середовища і пов'язане з обов'язковим вивченням світових трендів. Постало також питання про позиціонування України на міжнародному ринку медичних та рекреаційних послуг, виявлення можливостей їх довготривалого ефективного просування та надання [105].

На думку В. В. Воробйова в умовах сьогодення значної актуальності набувають питання правового забезпечення медичної діяльності. Це пов'язано з низкою причин, основною з яких може вважатись незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я і, як наслідок, невдоволеність значної частини пацієнтів якістю та доступністю медичної допомоги. Не варто при цьому забувати, що згідно Конституції України медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я має надаватись безоплатно. Проте практика свідчить про інше. Звідси, резюмує автор, одним із ключових кроків держави у цьому плані має стати реформування системи надання медичної допомоги. В рамках пошуку шляхів удосконалення проектів, спрямованих на реформування в Україні галузі охорони здоров'я, видається за доцільне дослідити зарубіжний досвід [66].

Д. О. Гомон, А. В. Денисова зазначають, що у ХХ ст. найбільшою мірою виявився зв'язок між охороною здоров'я, розвитком суспільства й особистості. Конституційне визнання права на здоров'я кожної людини стало невід'ємною рисою більшості правових систем. Оскільки здоров'я – це не лише індивідуальна цінність окремої людини, а й надбання суспільства й держави, питання правового забезпечення охорони здоров'я є досить актуальними та розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо. У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я. В Україні сьогодні точаться жваві дискусії щодо переходу до того чи іншого виду фінансування. Ситуація невизначеності переходу на новий рівень фінансування медичного страхування й відсутність згоди між різними учасниками ринку зумовили

необхідність розглянути зарубіжний досвід провідних країн світу в галузі медичного страхування [87].

Варто відмітити й позицію С. В. Горохова та С. Д. Старинчука, які пишуть, що у всі часи питання життя і здоров'я людини становили значну соціальну цінність. Не є винятком і сучасна Україна, котра характеризується високими показниками захворюваності й смертності, зниженням тривалості життя середньостатистичного громадянина. Одним із важливих факторів такого стану є незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я, що виявляється в недостатньому фінансуванні, погіршенні доступності і якості медичної допомоги, розбалансуванні управління галуззю, неврегульованості значної частини суспільних відносин. Зазначене зумовлює необхідність пошуку адекватних правових шляхів покращення функціонування української охорони здоров'я. Одним із важливих кроків, на який не раз звертали увагу політики, організатори охорони здоров'я, фахівці з питань юридичного забезпечення медичної діяльності й пересічні громадяни, що здатен якісно оновити українську медицину, збільшити фінансування охорони здоров'я, об'єктивізувати забезпечення і захист прав пацієнтів, є обов'язкове медичне страхування. На часі необхідність здійснення пошуків, спрямованих на пошук і аналіз передумов запровадження цього виду страхування, формулювання правових принципів запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Також потребує свого попереднього вирішення система та функції організаційних структур, котрі будуть працювати в межах обов'язкового медичного страхування [195]. Ситуація ускладнюється тим на думку дослідників, що на сьогодні в українській науці адміністративного права відсутні системні наукові юридичні дослідження, присвячені адміністративно-правовому регулюванню реформування охорони здоров'я в умовах запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Одним із можливих виходів із такої ситуації С. В. Горохов та С.

Д. Старинчук вбачають у активному вивченні іноземного досвіду охорони здоров'я [195].

Позиції цих та інших дослідників, а також стан справ у сфері медичного обслуговування в Україні яскраво свідчать про актуальність та доцільність вивчення зарубіжного досвіду регулювання надання медичних послуг і визначення можливостей його використання в Україні.

Враховуючи курс України на інтеграцію до європейської спільноти та, обумовлені цим її завдання і обов'язки щодо впровадження європейських стандартів якості життя та благополуччя населення, що, окрім іншого, передбачають імплементацію у систему охорони здоров'я країни Міжнародних медико-санітарних правил; гармонізацію нормативно-правової бази в сфері громадського здоров'я з європейським законодавством [271], у даному підрозділі ми розглянемо зарубіжний провідних країни Європи. Однією із найбільш розвинених держав даного регіону є Німеччина, в якій уперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості [87]. В даній країні історично склалася система медичного страхування, яка справляється зі своїми завданнями автономно й незалежно від державного бюджету. В системі медичного страхування величина внесків відповідає ступеню платоспроможності застрахованих. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я пацієнта і не залежать від величини його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, при якому здорові несуть витрати за хворих, молоді - за осіб похилого віку, забезпечені - за малозабезпечених [12].

Німеччина, наголошує С. В. Горохов має найтривалішу історію медичного страхування. Витрати на охорону здоров'я в Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6% ВВП, або 2 840 євро на одну особу

[195]. Н. Новіков, Б. Надточій зазначають, що організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, в рамках якої відбувається надання медичних послуг (обов'язкове та добровільне медичне страхування в Німеччині регулюється збірником соціальних законів [12]), в той час як основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель, федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, якому підпорядковані органи наукової експертизи. На місцевому рівні існують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп населення (моряків, фермерів, шахтарів та інших) [167, с.82; 66].

Тобто на сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси, побудовані здебільшого за територіальним принципом і частково за професійним або галузевим. У суспільних лікарняних касах застраховано близько 90% населення країни [195; 250]. Фактичний внесок системи державного медичного страхування в загальні витрати охорони здоров'я становить понад 60%. Крім цього, кошти надходять від трьох інших складових державної страхової системи (з коштів пенсійного страхування, страхування від виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду). Також кошти надходить з державної скарбниці [178, с.9]. Страхові внески діляться між роботодавцем і працівником приблизно порівну й становлять 12–14% заробітної плати працівника до оподаткування. Під час розрахунку внесків до уваги беруться лише перші 63 тис. євро річного доходу працівника, а для східних земель – 52,8 тис. євро. Непрацюючі члени родини, як правило, є автоматично застрахованими за такою страховкою

безкоштовно. Набір послуг, що відшкодовуються медичною касою, включає визначений перелік необхідних медичних послуг і не залежить від величини внесків окремої особи [195].

Означені каси є об'єктом ринку медичних послуг. Контроль та управління за діяльністю лікарняних кас здійснює урядове агентство. Щороку лікарняна каса укладає угоду з надавачем медичних послуг:

- лікувально-профілактичним закладом;
- об'єднанням касових лікарів;
- лікарем-спеціалістом.

Подавець медичних послуг один раз на квартал виставляє рахунок лікарняній касі за всі види лікувальних та діагностичних послуг. Окремий розрахунок проводиться за кожного пацієнта та за кожну послугу, яка надавалася. Суворо обумовлюється перелік медичних послуг та їхня кількість, що можуть надаватись пацієнтові безкоштовно. Пацієнт сплачує всі додаткові послуги та поліпшений медичний сервіс. Кожний лікар, який працює в системі обов'язкового медичного страхування, є членом об'єднання лікарів. Кошти поступають з лікарняних кас в об'єднання лікарів [12].

Поряд з обов'язковим медичним страхуванням у даній країні існує добровільне страхування [12]. При цьому слід зазначити, що у Німеччині системи керованої медичної допомоги не існує. Кожен громадянин має право вибирати лікаря за власним бажанням. Крім того постійно зростає інтерес суспільства до сімейної медицини, що зумовлено кращою підготовкою сімейних лікарів та їх постійним професійним розвитком, який є добровільним, однак регульованим, що також підвищує престиж сімейної медицини [280, с.104]. Однак приватні страховки мають менше ніж 10% населення Німеччини, вони відповідні внески в державні лікарняні каси не здійснюють. Страхуватися приватно мають право особи, річний дохід яких становить понад 47 250 євро. Ця межа переглядається урядом щороку.

Внески в цьому випадку залежать від обраного набору послуг, віку, стану здоров'я, сфери діяльності тощо застрахованої особи. За приватною медичною страховкою можна отримати більш якісний і повний перелік медичних послуг, але відшкодування страховою компанією здійснюється лише після їх фактичного надання й оплати страхувальником. Приватна страховка не завжди дорожча за державну, оскільки можна придбати мінімально необхідний набір послуг. Близько 0,3% населення країни не має медичної страховки [195; 250].

Отже, як видно із приведеного, Німеччина має надзвичайно розвинену та прогресивну систему надання медичних послуг. Серед її ключових переваг, які слід враховувати, проводячи реформування української сфери медичного обслуговування є такі:

а) медичне обслуговування населення ґрунтується на загальнообов'язковому медичному страхуванні, за рахунок чого в Німеччині реально забезпечується рівний доступ абсолютної більшості населення до гарантованого державою рівня медичного обслуговування, незалежно від їх матеріально-фінансового становища, приналежності до тих чи інших суспільних верств;

б) державне медичне обслуговування доповнюється приватним, яке дозволяє особам отримувати додаткові послуги умови надання, обсяг і характер яких визначається індивідуально. Тобто медичне страхування в Німеччині ґрунтується на двох основних принципах: солідарності та субсидіарності. Згідно принципу солідарності лікарняні каси обов'язкового медичного страхування є товариствами соціальної солідарності: сплачують страхування всі, отримують медичну допомогу тільки ті, хто захворів. Оскільки лікарняні каси зацікавлені в тому, щоб застраховані громадяни хворіли менше, то вони використовують різні засоби мотивації здорового способу життя. Для тих, хто не хворів протягом року, надаються безкоштовні

туристичні путівки, проводиться додаткова оплата протезування зубів тощо. Щодо принципу субсидіарності, то він обумовлює власну відповідальність застрахованих громадян за стан їхнього здоров'я, а в організації роботи лікарняних кас беруть участь платники страхових внесків [12];

в) прозорість та визначеність переліку медичних послуг та їх оплати, оскільки вони визначаються на законодавчому рівні. Основний каталог медичних послуг, на отримання яких мають право застраховані особи, визначається на рівні закону і конкретизується у письмових договорах між об'єднаннями касових лікарів та спілками державних лікарняних кас з урахуванням положень чинного законодавства та директив Спільної федеральної комісії. При цьому таке договірне регулювання у сфері медичних послуг має забезпечувати достатнє, доцільне та економічно рентабельне медичне обслуговування застрахованих осіб та належну оплату лікарям [295]. Одиницею для фінансових розрахунків слугує «очко». Кількість очків відображає складність послуги. Сума очків для кожної медичної послуги стабільна й відома всім учасникам медичного обслуговування та медичного страхування. Список вартості медичних послуг в «очках» публікується в спеціальних довідниках. Ціна «очка» в євро переглядається щорічно, відповідно до зміни рівня цін або при зміні технології, методів діагностики та лікування. Така система дозволяє оперативно, без великих обсягів роботи змінювати ціни, реагувати на відповідні економічні умови, наприклад, інфляцію [12];

г) самоврядність державних лікарняних кас, яка дозволяє їм самостійно вирішувати питання взаємовідносин із постачальниками медичних послуг. Державні лікарняні каси (Gesetzliche Krankenkassen) є носіями державного медичного страхування (страховиками). Вони створюються в організаційно-правовій формі корпорацій публічного права з правом самоврядування [12];

г) наявність здорової конкуренції між лікарняними касами, яка забезпечується свободою обрання особою страховика, тобто тієї чи іншої лікарняної каси. Наявність конкуренції змушує страховиків та постачальників медичних послуг дбати про високий рівень якості медичного обслуговування.

Наголошуючи на низці позитивних моментів системи медичного обслуговування функціонуючої у Німеччині, втім не можна не звернути увагу на те, що для забезпечення належного функціонування такої системи потрібний:

по-перше, високий рівень економічного розвитку держави;

по-друге, детінізація ринку праці, що для України сьогодні є досить гострою проблемою;

по-третє, дієвий та ефективний механізм контролю за діяльністю страховиків і суб'єктів надання медичних послуг.

Далі розглянемо регулювання надання медичних послуг у Франції, систему охорони здоров'я якої прийнято вважати однією із найкращих у світі, зокрема з точки зору ВОЗ. Як і в Німеччині у Франції функціонує система медичного страхування, законодавчі засади якої почали формуватися ще 1928-1930 рр., коли були прийняті закони щодо впровадження соціальної страхової медицини. Закони встановлювали основні принципи надання медичної допомоги в країні: вільний вибір лікаря; умови оплати лікарських послуг. Упровадження принципів ліберальної медицини привело до розмежування інтересів лікарів та пацієнтів. На другому етапі розвитку нормативно-правової бази було прийнято Кодекс медичної деонтології та переглянуто систему тарифів на медичні послуги. Унаслідок реформування галузі було впроваджено такі засади: обов'язковість дії лікарської таємниці; свобода лікувальних призначень; пряма угода між лікарем та пацієнтом щодо гонорару; пряма виплата гонорару лікареві [12].

Згодом, у 1971 р., із прийняттям нового закону про медичне страхування, який затвердив відносини між страховими касами та лікарями. Цей закон закріпив основні принципи організації охорони здоров'я у Франції: забезпечення рівноправності та загальнодоступності медичної допомоги для всього населення; формування засобів соціального забезпечення з прибутків працівників та роботодавців; превентивна спрямованість галузі; дотримання рівноваги між державним та приватним секторами охорони здоров'я [12]. Останні суттєві зміни у системі охорони здоров'я Франції відбулися 31 липня 1991 року у Франції, коли було прийнято новий закон, який поклав початок реформування галузі. Згідно з цим законом було визначено два основні інструменти планування: модифікована санітарна карта та регіональна схема організації охорони здоров'я республіки. Обидва документи визначають систему охорони громадського здоров'я: адміністративно-територіальний та географічний розподіл лікувальних закладів; організаційну структуру та види медичної допомоги [12]. Однак, на відміну від сусідньої Німеччини у Франції діє не децентралізована, а централізована система медичного страхування, що регламентується законом «Про медичне страхування і фінансування охорони здоров'я», який передбачає внесення страхових сум як тими, хто працює, так і роботодавцями. Причому роботодавці сплачують 12,5%, а наймані працівники – 7% [195].

Так Базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування в країні забезпечується через систему страхових фондів, в основному прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але на ділі вони жорстко регулюються і контролюються державою в особі органів Міністерства соціального забезпечення та праці. Рівні страхових внесків (фінансуються насамперед за рахунок податку на зарплату), виплат і компенсацій провайдерам медичних послуг визначаються урядом. У цьому

сенсі французькі фонди нагадують комунальні підприємства у нас в країні. Найбільший з таких фондів - він називається «Загальна національна система медичного страхування» - забезпечує страховками до 83% населення країни, тобто більшість працівників за межами аграрного сектора та членів їх сімей. Окремі страхові схеми охоплюють сільськогосподарських працівників, осіб, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, і представників деяких «особливих» професій - шахтарів, транспортних робітників, діячів мистецтва, священиків і державних нотаріусів. Ще один фонд спеціалізується на страхуванні безробітних. Ці великі страхові структури за регіональним принципом підрозділяються на фонди меншого масштабу. У цілому, загальнонаціональна система медичного страхування охоплює близько 99% громадян Франції [139].

На чолі системи лікарняних кас стоїть національна каса (каса страхування найманих робітників), яка виконує функції визначення розмірів допомог і внесків, загальний контроль за діяльністю лікарняних кас, контроль якості й вартості медичної допомоги. Вона має місцеві відділення, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні й не конкурує з іншими. Страхування в касах здійснюється за територіальним принципом. Клієнти практично позбавлені права вибору страхової організації. Державою забезпечується невисока вартість ліків [195].

У цілому, страхові фонди забезпечують покриття стаціонарного та амбулаторного лікування, послуг лікарів загальної практики і фахівців, діагностичні обстеження, ліки, що відпускаються за рецептами, та допомогу на дому. При цьому за більшістю послуг, що надаються передбачається значне пайову участь застрахованої споживача - від 10 до 40% від їх вартості. У результаті приблизно 13% від обсягу медичних послуг французи оплачують з власної кишені (приблизно стільки ж, скільки і американці) [139].

З викладеного видно, що у Франції система державного медичного обслуговування фінансується не лише за рахунок бюджетних коштів та коштів обов'язкового медичного страхування, але й власних коштів громадян. Такий досвід є досить цікавим для України, оскільки він дозволяє збільшити фінансування галузі охорони здоров'я. Однак, у той же час не можна не відмітити, що часткове перекладання фінансування медичного обслуговування на плечі пацієнтів є виправданим тоді, коли в державі високий рівень доходів населення. Крім того досить велика пайова участь пацієнтів в оплаті медичної допомоги, що дозволяє уникати надмірного користування медичними послугами [139].

Поряд з обов'язковим соціальним медичним страхуванням у Франції існує добровільне страхування. Все більше французьких роботодавців включають цей вид медичного страхування в соціальний пакет. Присутність добровільного страхування в соціальному пакеті компанії значно підвищує її статус. Для працівників компанії добровільне медичне страхування - це вирішення всіх проблем з грошовими виплатами за медичне обслуговування. За наявності приватної страховки працівник не сплачує за медичне обслуговування: частина витрат (75 %) покривається за рахунок соціального страхування, друга частина (25 %) - за рахунок добровільного страхування. Добровільне медичне страхування пропонує додаткові медичні послуги: пластикові лінзи; витрати на придбання дорогих окулярів, масаж, косметологічні послуги тощо [12].

Також важливим позитивним та корисним для України є такий аспекти із досвіду Франції як законодавче визначення страхових випадків, що відшкодовуються за рахунок державного страхування, а також тарифів компенсацій, які є обов'язковими як для державних лікарень, так і суб'єктів приватної медичної практики. Разом із тим держава не обмежує приватних лікарів у праві визначення розміру наданих послуг, якщо тарифи

компенсацій встановлюються державою, то суми, що нараховуються лікарями за послуги. Французька система дозволяє провайдерам пред'являти рахунки в обсязі, що перевищує базові тарифи, і до 30% лікарів так і роблять. У деяких районах країни, в тому числі в Парижі, частка лікарів, чії гонорари перевищують базові тарифи, досягає 80%. У цілому, однак, конкуренція не дозволяє більшості медиків надмірно завищувати свої розцінки в порівнянні з установленим рівнем; крім того, лікарі, що працюють у лікарнях, на відміну від приватнопрактикуючих, мають менше можливостей для виходу за межі погоджених тарифів [139].

Ще одним суттєвим позитивним моментом державного регулювання сфери медичного обслуговування у Франції є суворий контроль за використанням новітніх технологій у державних лікарнях, які обов'язково оцінюються Нацрадою з охорони здоров'я на предмет їх здатності забезпечити необхідний рівень медичного обслуговування.

На відміну від Німеччини та Франції, в яких діє так звана корпоративна модель надання медичних послуг, тобто коли їх фінансове здійснюється як за рахунок бюджету, так і страхових внесків, Великобританія використовує для громадян країни майже виключно систему бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер з високою мірою централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету (90% бюджету охорони здоров'я) і охоплює всі категорії населення. Тільки 7,5% означеного бюджету охорони здоров'я країни формується за рахунок внесків роботодавця [195]. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними і місцевими органами влади за ієрархічним принципом [152]. Великобританія надає безкоштовне медичне обслуговування всім, хто має право на проживання в країні, незалежно від рівня доходів та громадянства. Система охорони здоров'я ґрунтується на

концепції NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні негараздів із здоров'ям пацієнт має записатись на прийом до закріпленого лікаря. Тривалість очікувань становить від кількох днів до тижня. В разі необхідності термінової консультації пацієнт очікує, коли в лікаря звільниться час для незапланованого прийому. Терапевт установлює первинний діагноз, направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та на консультації до вузьких спеціалістів [12]. При цьому пацієнти можуть вільно вибирати своїх сімейних лікарів (або лікарів загальної практики) [66].

Слід відмітити, що у Великобританії існує приватне медичне страхування, однак воно охоплює виключно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення. Головний принцип діяльності приватних страхових компаній – це доповнення державної системи охорони здоров'я. Об'єктом страхування є тільки ті ризики, які не бере на себе національна служба охорони здоров'я. З огляду на високий рівень розвитку національної служби охорони здоров'я сфера діяльності приватного медичного страхування досить обмежена, вона охоплює тільки платну частину медичної допомоги як у комерційних медичних установах, так і в лікарнях національної служби охорони здоров'я [149;].

Отже, існуюча у Великобританії система медичного обслуговування на сьогодні досить високо оцінюється міжнародною спільнотою, перш за все через те, що вона:

- по-перше, характеризується високим рівнем доступності абсолютно для кожної особи, що проживає у державі, незалежно від її матеріально-фінансового стану чи наявності у неї страховки;
- по-друге, має зрозумілий і відносно простий механізм фінансування;
- по-третє, високий рівень контролюваності в силу її централізації управління даною системою.

У той же час, така система, має свої недоліки:

- по-перше, вона суттєво зменшує конкуренцію на ринку медичних послуг;
- по-друге, пацієнти обмежуються у можливості обрання форм отримання медичних послуг;
- по-третє, обмежує можливості лікарні виділеними їм із бюджету коштами.

Крім того, для забезпечення нормального функціонування даної системи медичного обслуговування необхідно: мінімізувати бюрократію у механізмі управління медичною сферою, встановити жорсткий контроль за законністю використання виділених із бюджету коштів, забезпечити високий рівень оплати праці медичних працівників.

Цікавим видається досвід врегулювання сфери надання медичних послуг у Норвегії, яка хоча й не входить до ЄС, втім тісно із ним співпрацює і є однією із провідних країн Європи за рівнем життя населення. Її фінансування здійснюється переважно за рахунок центральних, регіональних і місцевих податків. Незначною є доля платних медичних послуг. Частина витрат покривається за рахунок державної системи страхування. При цьому центральні податки становлять 50% усіх джерел фінансування, регіональні — до 30%. Державна система страхування покриває до 15% витрат на деякі послуги охорони здоров'я, у т.ч. ліки, транспортні витрати, послуги приватних лікарів, які працюють за угодами з муніципалітетами. Доплата

пацієнтів за медичні послуги становить близько 10% витрат на охорону здоров'я і включає доплату за консультацію спеціаліста, лікування, ліки, транспортні витрати. В країні затверджено граничний рівень оплати пацієнтом медичних послуг [233].

Організаційно система охорони здоров'я у Норвегії ґрунтується на адміністративно-територіальному поділі і, відповідно, має три рівні: центральний, регіональний і місцевий. До центрального входять Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, Директорат з охорони здоров'я, Норвезький інститут громадського здоров'я, Управління контролю за безпекою харчування, Інспекція охорони здоров'я, Управління протирадіаційного захисту, Норвезький дослідницький інститут з алкоголю та наркотиків, Норвезька наглядова рада з охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, як центральний орган влади, відповідає за розробку політики у сфері охорони здоров'я, нормативно-правової бази, основних напрямків розвитку, складання бюджету, планування і організацію інформаційної мережі [233].

Органами нагляду за діяльністю медичних закладів є Норвезька інспекція охорони здоров'я, Інспекція охорони здоров'я на рівні федерального округу і губернатори федеральних округів. Інспекція охорони здоров'я на рівні федерального округу здійснює нагляд за діяльністю медичних працівників і якістю медичних послуг, а губернатори федеральних округів — нагляд за охороною здоров'я дітей і соціальним забезпеченням. Норвезька інспекція охорони здоров'я — вищий наглядовий орган, який відповідає за планові системні організаційні аудити постачальників послуг в галузі охорони здоров'я (місцеві органи влади, будинки пре старілих, лікарні). У 2009—2011 рр. на загальнонаціональному рівні передбачені спеціальні звіти з таких питань:

- муніципальні послуги охорони здоров'я: надання медичної допомоги відповідно до Закону про права пацієнта, ст. 4 (стосується людей, які не мають можливості погодитися на лікування);

- муніципальні послуги соціального забезпечення і охорони здоров'я для людей похилого віку;

- муніципальні служби охорони здоров'я дітей;

- спеціалізовані послуги охорони здоров'я;

- муніципальні соціальні послуги і послуги охорони здоров'я для дітей, які потребують паліативної допомоги.

Якщо у діяльності постачальників медичних послуг виявлено порушення, то до них застосовують санкції: попередження, заборона виписувати певні лікарські засоби або позбавлення права на медичну діяльність [233].

В цілому, провівши дослідження досвіду Норвегії в частині врегулювання сфери надання медичних послуг, вважаємо, що слід звернути на наступні аспекти як корисні для врахування в Україні:

- по-перше, що органи місцевого самоврядування мають потенціал функціонувати ефективніше, ніж центральні органи [233]. Проте виключно на державному рівні відбувається формування політики в охороні здоров'я, нормування і контроль. Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення визначає основні напрями політики в охороні здоров'я, а Директорат охорони здоров'я здійснює розподіл ресурсів, у т.ч. фінансових, та контролює їх використання;

- по-друге, надзвичайно високий рівень уваги з боку держави до формування кадрового потенціалу галузі медичного обслуговування. В силу чого Норвегія має один з найвищих рівнів забезпеченості населення медичними кадрами, які користуються значним авторитетом;

- по-третє, особлива увага приділяється дотриманню прав пацієнтів, які можуть вільно вибирати та змінювати лікаря, а також лікувальний заклад [233].

І остання європейська країна, досвіду якої ми приділимо увагу у даному підрозділі є сусідня з Україною Республіка Польща. Як і в нашій державі, у Польщі відбувається медична реформа, однак остання (Польща) у даному питанні просунулася значно далі, аніж Україна. Ще у 1999 році в Польщі були запроваджені важливі зміни у законодавство про охорону здоров'я, які започаткували означену реформу. На сьогодні у даній країні запроваджено фінансування медицини за принципом солідарного обов'язкового медичного страхування. Платником за медичні послуги і ліки виступає Національний фонд охорони здоров'я, наповнення якого відбувається через індивідуальні податкові відрахування. Їх здійснюють, у першу чергу, працівники і підприємці. Але навіть особи, які отримують допомогу з безробіття, зобов'язані робити такі відрахування. Податкові відрахування визначені як відсоток від доходу. Отже, тягар виплат розподіляється пропорційно – ті, хто заробляють більше, фінансують Фонд у більшому обсязі. При цьому рівень забезпечення державною медициною для всіх однаковий. Слід відмітити, що з моменту запровадження реформи Польща колосально збільшила обсяг медичного фінансування з розрахунку на одну особу [58].

В ході реформи всі рівні самоврядування отримали відповідні повноваження у сфері охорони здоров'я. Було проведено чіткий розподіл повноважень у вказаній сфері поміж органами державної адміністрації та органами самоврядування, які у даний час виглядають наступним чином. Державні адміністрації на рівні воєводств забезпечують: ведення реєстру закладів охорони здоров'я на підпорядкованій території, прийняття рішень про внесення чи вилучення з цього реєстру громадських та негромадських

закладів; утворення публічних закладів охорони здоров'я у випадках, встановлених законом про санітарну інспекцію; рекомендаційні оцінки рішень органів територіального самоврядування щодо ліквідації або реорганізації громадських закладів охорони здоров'я; призначення представників до громадських рад, що діють при публічних закладах охорони здоров'я; контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я, які функціонують на території воєводства. Воєводське самоврядування забезпечує: реалізацію завдань, віднесених до його компетенції законами, в тому числі й завдань у галузі охорони та сприяння здоров'ю; вплив на діяльність відповідного регіонального фонду обов'язкового медичного страхування (каси хворих) шляхом вибору членів наглядової ради цього фонду; виконання функції засновника стосовно громадських закладів охорони здоров'я (прийняття колективних рішень про створення, реорганізацію та ліквідацію закладів, призначення керівника і громадської ради закладу; нагляд за діяльністю закладів) [300, с. 24–28; 276].

На сьогодні в Польщі діють два основних типи медичних закладів: публічні (колишні державні) та приватні. Внаслідок адміністративної реформи державні лікарні було реорганізовано в самостійні публічні заклади охорони здоров'я. Ці заклади не фінансуються державою, мають повну господарську самостійність та відносяться до власності місцевих громад. Приватних лікарень у Польщі дуже мало [12]. При цьому законом встановлено коло медичних послуг, які не покриваються страхуванням а також надаються за рахунок державного бюджету.

Досвід Польщі доводить, що запровадження обов'язкового медичного страхування дозволяє суттєво збільшити фінансове забезпечення сфери медичного обслуговування без підвищення навантаження на державний бюджет. А розширення повноважень органів місцевої влади у даній сфері,

дає змогу ефективніше використовувати матеріально-фінансові ресурси та проводити більш якісний і дієвий контроль за цим процесом.

Тож, резюмуючи проведене у даному підрозділі дослідження, вважаємо за необхідне зазначити, що на сьогодні у світі не існує ідеальної системи надання медичних послуг, кожна із них має свої переваги та недоліки. Втім незаперечним є той факт, що ключовими критеріями, які визначають її ефективність є механізм фінансування сфери медичного обслуговування та система управління нею. І тут, на нашу думку, Україні найбільш вірним буде звертатися до досвіду держав, які поєднують бюджетне та страхове фінансування медичних послуг. Такий підхід з одного боку забезпечить належний рівень означеного фінансування без надмірного навантаження на бюджет, а з іншого – надасть можливість громадянам із низьким рівнем доходів чи, які перебувають у скрутній життєвій ситуації, у встановлених законом випадках користуватися найбільш складними та дорогими медичними послугами за рахунок державного бюджету. Щодо управління, то тут, вочевидь, слід йти шляхом децентралізації, залишаючи за органами централізованого управління лише найбільш важливі функції, пов'язані із: формуванням відповідної політики, виробленням напрямків і заходів з її реалізації; встановленням відповідних нормативні обслуговування; визначенням гарантій прав користувачів медичних послуг; регулюванням оплати праці медиків; контролем тощо.

Висновки до Розділу 3

Звернено увагу на наступні проблемні аспекти адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні:

1. Відсутність належної системності у медичному законодавстві України. Обґрунтовано, що розробка єдиного кодифікованого акту є важливим кроком у напрямку вдосконалення правового регулювання сфери медичних послуг, він має розвинути конституційні гарантії захисту життя та здоров'я людини, комплексно і системно, тобто послідовно та органічно, врегулювати не лише державні фінансові, але й організаційно-управлінські, юридичні, етичні та інші важливі засади і гарантії надання медичних послуг, з урахуванням реалій сьогодення та намічених векторів і перспектив подальшого розвитку галузі медичного обслуговування. Кодифікація має сприяти перетворенню законодавства з питань медичного обслуговування із сукупності нормативно-правових актів різної юридичної сили у цілісну, внутрішньо узгоджену, стабільну та ефективну систему регулювання відповідних суспільних відносин.

2. Низький рівень дієвості інституту юридичної відповідальності медичних працівників. Зокрема наголошено на необхідності більше уваги приділити вдосконаленню регулювання адміністративної відповідальності за протизаконне здійснення народної медицини (цілительства).

3. Недостатня ефективність та дієвість контролю у сфері надання медичних послуг. Зауважено, що в цілому позитивно оцінюючи кроки щодо впровадження інституту Ради громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу з питань медичного обслуговування населення, існують певні зауваження щодо вимог до його організації та діяльності. Так, закріплюючи обмеження щодо членства певних осіб у складі зазначеної Ради, нормотворець разом із тим не передбачив ніяких вимог ані щодо морально-етичних, ані, що найважливіше, професійних якостей осіб, які обираються до складу Ради. Звідси постає цілком логічне питання про те, наскільки такий орган здатен здійснювати якісний та ефективний контроль у даній сфері і чи будуть результати і висновки за результатами його здійснення об'єктивними?

Очевидно, що за відсутності спеціальних знань у членів Ради, для отримання достовірних, об'єктивних результатів контролю вона має звертатися до відповідних фахівців, однак закон з цього приводу не містить жодних вказівок. Також незрозумілим залишається механізм врахування висновків та пропозицій, рекомендацій Ради у діяльності уповноваженого органу. Така ситуація вимагає більш змістовного підходу до законодавчого врегулювання вимог щодо формування членського складу Ради, форм та методів її діяльності.

Констатовано, що, незважаючи на ряд змін і перетворень, які відбулися протягом останніх років у сфері охорони здоров'я, правові засади надання медичних послуг в нашій державі все ще мають суттєві проблемні моменти, вирішення яких потребує більш ретельної уваги, з боку держави в особі її компетентних органів і посадових осіб.

Узагальнено, що найбільш пріоритетними кроками щодо вдосконалення контролю у сфері надання медичних послуг:

- по-перше, необхідно вдосконалювати механізм державного реагування на звернення громадян до контролюючих органів із відповідними заявами, скаргами з питань медичного обслуговування. Адже сьогодні дана форма контролю має досить низький рівень ефективності, оскільки, як правило, не призводить до реального захисту прав і законних інтересів користувачі медичних послуг, а лише зводиться до формальних відписок;

- по-друге, доцільно створити незалежний контролюючий орган, який опікуватиметься питаннями перевірки якості нагання медичних послуг. Важливо, об такий орган мав колективний характер і складався із представників як держави, так і громадськості. При цьому до його членів маю висуватися суворі професійні та морально-етичні вимоги, для того, щоб забезпечити високий рівень якості, об'єктивності та неупередженості виконання даним органом своїх контрольних завдань та функцій;

- по-третє, запровадження продуманої системи обов'язкового медичного страхування має суттєво підвищити ефективність контролю за якістю та законністю надання медичних послуг. Адже страхування впровадження страхування передбачає чітке визначення умов та критеріїв його здійснення, що сприяє конкретизації об'єкта та предмету контролю, а відповідно і визначенню форм і методів його здійснення. Крім того, поряд із державою контроль здійснюватиме і страховик обираючи того чи іншого постачальника медичних послуг і співпрацюючи із ним. Більш того, за умов наявності здорової конкуренції, самі постачальники медичних послуг муситимуть здійснювати суворий контроль за якістю та законністю своєї діяльності, з метою отримати найбільш вигідні пропозиції від страховика.

Обґрунтовано, що існуюча у Великобританії система медичного обслуговування на сьогодні досить високо оцінюється міжнародною спільнотою, перш за все через те, що вона: по-перше, характеризується високим рівнем доступності абсолютно для кожної особи, що проживає у державі, незалежно від її матеріально-фінансового стану чи наявності у неї страховки; по-друге, має зрозумілий і відносно простий механізм фінансування; по-третє, високий рівень контрольованості в силу її централізації управління даною системою. У той же час, така система, має свої недоліки: по-перше, вона суттєво зменшує конкуренцію на ринку медичних послуг; по-друге, пацієнти обмежуються у можливості обрання форм отримання медичних послуг; по-третє, обмежує можливості лікарні виділеними їм із бюджету коштами. Крім того, для забезпечення нормального функціонування даної системи медичного обслуговування необхідно: мінімізувати бюрократію у механізмі управління медичною сферою, встановити жорсткий контроль за законністю використання виділених із бюджету коштів, забезпечити високий рівень оплати праці медичних працівників.

Зазначено, що на сьогодні у світі не існує ідеальної системи надання медичних послуг, кожна із них має свої переваги та недоліки. Втім незаперечним є той факт, що ключовими критеріями, які визначають її ефективність є механізм фінансування сфери медичного обслуговування та система управління нею.

Відмічено, що Україні найбільш вірним буде звертатися до досвіду держав, які поєднують бюджетне та страхове фінансування медичних послуг. Такий підхід з одного боку забезпечить належний рівень означеного фінансування без надмірного навантаження на бюджет, а з іншого – надасть можливість громадянам із низьким рівнем доходів чи, які перебувають у скрутній життєвій ситуації, у встановлених законом випадках користуватися найбільш складними та дорогими медичними послугами за рахунок державного бюджету. Щодо управління, то тут, вочевидь, слід йти шляхом децентралізації, залишаючи за органами централізованого управління лише найбільш важливі функції, пов'язані із: формуванням відповідної політики, виробленням напрямків і заходів з її реалізації; встановленням відповідних нормативні обслуговування; визначенням гарантій прав користувачів медичних послуг; регулюванням оплати праці медиків; контролем тощо.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукового завдання, яке полягає у визначенні сутності та особливостей адміністративно-правових засад надання медичних послуг в Україні, а також в окресленні напрямків вдосконалення адміністративного законодавства, норми якого регулюють правовідносини у досліджуваній сфері суспільних відносин. У результаті дослідження сформульовано низку нових теоретичних та практичних положень, основні з них такі:

1. Відзначено, що складність у визначенні поняття «медична послуга» безпосередньо пов'язана зі складністю поняття «послуги», яке є багатоаспектним і відображає особливості конкретної діяльності суб'єктів, які беруть на себе обов'язок щодо надання конкретних матеріальних чи нематеріальних благ, що повинно призвести до корисного ефекту. Встановлено, що медична послуга – це врегульований законом та (або) договором особливий різновид суспільної послуги, що може мати оплатний характер, яка надається спеціальним суб'єктом в особі медичного фахівця та спрямована на діагностику, профілактику захворювань, підтримання та покращення фізичного чи психічного здоров'я людини, внесення естетичних змін до її зовнішності.

2. Виокремлено такі історичні етапи становлення та розвитку правового регулювання надання медичних послуг в Україні: перший етап (кінець IX ст. – до першої половини XVII ст.) – відбувається утвердження у суспільстві нових моральних принципів та перехід лікувальної справи під опіку християнства та церкви; другий етап (друга половина XVII ст., розпочинаючи з правління Петра I, який поклав початок реформам в медичній сфері – до 1917 р.). Пріоритетними у сфері медицини були такі питання: підготовка вітчизняних медичних кадрів; створення нормативно-

правових актів, що регулюють сферу медицини; будівництво шпиталів, організація медичних шкіл і відкриття аптек; реорганізація органів державного управління медичними справами; третій етап (1917–1991 рр. – період існування СРСР). Відбувається активне становлення законодавства у сфері медицини, однак при цьому у ньому залишалась низка проблем; четвертий етап (з 1991 р. – по теперішній час). Однією із особливостей, що обумовлюють розвиток правового регулювання медичних послуг сьогодні є курс України на європейську інтеграцію, що обумовлює активне впровадження в нашої державі відповідних європейських стандартів, гармонізацію українського законодавства з правом Європейського Союзу, в якому зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя та гідного існування людини, а охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання, що в свою чергу стає детермінантом для розробки ефективної нормативної бази, необхідної для реалізації права громадян на медичні послуги.

3. Доведено, що регулювання правовідносин у сфері надання медичних послуг поєднує імперативний та диспозитивний методи впливу. Якщо норми адміністративного права діють, коли йдеться про впорядкування взаємовідносин суб'єктів публічного управління із суб'єктами надання медичних послуг, то нормами цивільного права регулюються договірні відносини між пацієнтом та лікарем у разі укладання договору про надання медичних послуг. Констатовано, що у зв'язку з комплексністю правового регулювання надання медичних послуг не можна визнати правовідносини з надання медичних послуг як такі, що мають суто адміністративно-правовий характер. Втім, відзначено, що роль та місце адміністративного права у цій сфері найбільш яскраво виявляється тоді, коли мова йде про участь держави в організації, управлінні, фінансуванні системи надання медичних послуг, здійсненні нагляду і контролю.

4. З'ясовано, що механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні – це сукупність засобів владно-правового впливу, які використовуються для врегулювання відносин управлінського характеру у сфері надання матеріальних або нематеріальних благ, пов'язаних із покращенням фізичного та (або) психічного здоров'я населення з метою забезпечення отримання ними якісного лікарського чи естетичного ефекту. Даний механізм є структурованим явищем, яке складається із низки відносно самостійних засобів правового регулювання, кожен із яких виконує власну роль задля досягнення загальної мети. Підкреслено, що механізм адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг є специфічним адміністративно-правовим комплексним утворенням, що поєднує інтереси суб'єктів адміністративного права з цінностями, які перебувають під захистом та загалом забезпечуються державою, і доводить процес публічного управління та надання медичних послуг до логічного результату.

5. Визначено, що суб'єктами, які визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні, є органи публічної влади загальної та спеціальної компетенції, що системно та систематично взаємодіють між собою з питань державного управління охороною здоров'я. Так, до органів загальної компетенції віднесено Президента України, Парламент та Уряд України. В свою чергу серед спеціально уповноважених органів названо саме ті, які безпосередньо здійснюють управлінський вплив на процедурні аспекти надання таких послуг, а саме: Міністерство охорони здоров'я України, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Підкреслено, що досить велика кількість суб'єктів державної влади, що так чи інакше приймають участь у формуванні досліджуваної політики, обумовлює необхідність налагодження між ними глибокої та результативної

взаємодії з найбільш важливих питань надання медичного обслуговування населення для того, щоб забезпечити єдність та послідовність означеної політики.

6. Обґрунтовано, що юридична відповідальність за порушення законодавства, яким регулюється надання медичних послуг в Україні, являє собою забезпечений силою державного впливу (аж до примусу) обов'язок особи, яка вчинила дане порушення, зазнати певних негативних наслідків (позбавлень, обмежень тощо), вид та міра, а також підстави, порядок і межі застосування яких визначаються законом. Завдяки відповідальності забезпечується превентивний, профілактичний, каральний, правовідновлювальний та правовиховний вплив на поведінку учасників правовідносин, що супроводжують надання медичних послуг. Відповідальність виступає важливим інструментом (засобом) підтримки режиму законності та встановленого правового порядку у досліджуваній сфері, забезпечення дисципліни учасників суспільних відносин. Відмічено, що специфіка відповідальності, як засобу державного правового впливу на поведінку суб'єктів, а саме її зв'язок із покладанням на осіб додаткових, обтяжуючих обов'язків, виконання яких не залежить від їх бажання, обумовлює необхідність суворої та чіткої законодавчої регламентації відповідальності, що є важливою гарантією захисту означених суб'єктів від безпідставного притягнення до юридичної відповідальності.

7. Виокремлено такі проблемні аспекти адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні: по-перше, відсутність належної системності у медичному законодавстві України. Для вирішення цієї проблеми обґрунтовано доцільність розробки єдиного кодифікованого акту, що є важливим кроком у напрямку вдосконалення правового регулювання сфери медичних послуг, адже він має комплексно і системно розвинути конституційні гарантії захисту життя та здоров'я людини; по-друге,

низький рівень дієвості інституту юридичної відповідальності медичних працівників. Зокрема, наголошено на необхідності більше уваги приділити вдосконаленню регулювання адміністративної відповідальності за протизаконне здійснення народної медицини (цілительства); по-третє, недостатня ефективність та дієвість контролю у сфері надання медичних послуг. Обґрунтовано доцільність змістовного підходу до законодавчого врегулювання вимог щодо формування членського складу Ради громадського контролю за діяльністю уповноваженого органу з питань медичного обслуговування населення, форм та методів її діяльності.

8. Узагальнено, що найбільш пріоритетними кроками щодо вдосконалення контролю у сфері надання медичних послуг є такі: по-перше, необхідно вдосконалювати механізм державного реагування на звернення громадян до контролюючих органів із відповідними заявами, скаргами з питань медичного обслуговування; по-друге, доцільно створити незалежний контролюючий орган, який опікуватиметься питаннями перевірки якості надання медичних послуг. Важливо, щоб такий орган мав колективний характер і складався із представників як держави, так і громадськості; по-третє, запровадження продуманої системи обов'язкового медичного страхування, що має суттєво підвищити ефективність контролю за якістю та законністю надання медичних послуг.

9. Відмічено, що для України найбільш вірним буде звертатися до досвіду держав, які поєднують бюджетне та страхове фінансування медичних послуг. Такий підхід з одного боку забезпечить належний рівень означеного фінансування без надмірного навантаження на бюджет, а з іншого – надасть можливість громадянам із низьким рівнем доходів чи тим, які перебувають у скрутній життєвій ситуації, у встановлених законом випадках користуватися найбільш складними та дорогими медичними послугами за рахунок державного бюджету. Щодо управління, то тут, вочевидь, слід йти шляхом

децентралізації, залишаючи за органами централізованого управління лише найбільш важливі функції, пов'язані із: формуванням відповідної політики, виробленням напрямків і заходів її реалізації; встановленням відповідних нормативів обслуговування; визначенням гарантій прав користувачів медичних послуг; регулюванням оплати праці медиків; контролем.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Адміністративне право України. Академічний курс: Підруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина. Київ,: Видавництво «Юридична думка», 2004. 584 с.
2. Административное право Украины. 2-е изд., перераб. и доп. АЗ7 [Учебник для студентов высш. учеб. заведений юрид. спец./ Ю.П. Битяк, В.В. Богуцкий, В.Н. Гаращук и др.]; Под ред. проф. Ю.П. Битяка. Харьков: Право, 2003. 576 с.
3. Адміністративне право України: підручник для юрид. вузів і фак. / за ред. Ю. П. Битяка. Харків: Право, 2000. С. 223-224.
4. Адміністративне право України. Академічний курс: підруч.: у двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В. Б. Авер'янов (голова). К.: Видавництво «Юридична думка», 2004. 584 с.
5. Акопов В.И. Врач и современное право: Медицинское право в вопросах и ответах. Москва: Приор, 2001. 208 с.
6. Алексеев С. С. Об объекте права и правоотношения. Вопросы общей теории советского права. Москва, 1960. С. 297.
7. Алексеев С.С. Проблемы теории права. Свердловск: Изд-во. Свердловского юрид. ин-та, 1972. Т. 1. 275 с.
8. Алфьоров С. М., Ващенко С. В., Долгополова М. М. Адміністративне право. Загальна частина: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 216 с.
9. Антонов С. В. Правова регламентація надання медичних послуг . Управління закладом охорони здоров'я : журнал. 2009. № 2. С. 20.
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. Київ, 2006. 204 с.

11. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: Навчально-методичний посібник. Одеса, ОРІДУ НАДУ при Президентові України, 2011. 111 с.

12. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.

13. Базилевич В. Д. Страхування: [підручник] / В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич. К. : Знання, 2002. 203 с.

14. Бахрах Д.Н. Административное право: Учебник для вузов. М.: Издательство ВЕК, 1999. 368 с.

15. Белов А.В. Понятие социальной ответственности в современной социальной философии. Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Серия Социально-экономические науки и искусство. Волгоград: Перемена, 2010. № 3 (47). С. 14-17.

16. Берназ-Лукавецька О. М., Подсядло Р. П. Медичні послуги та медична допомога: порівняльно-правовий аналіз. Часопис цивілістики. 2017. Вип. 24. С. 57-61.

17. Битяк Ю. П., Богуцький В. В., Гаращук В. М. Адміністративне право України : підручник для юридичних вузів і фак. Харків, 2000. 520 с.

18. Битяк Ю. П., Гаращук В. М., Дьяченко О. В. та ін. Адміністративне право України. Київ: Юрінком Інтер, 2006. 544 с.

19. Білінська М. М, Радиш Я. Ф., Рожкова, І. В. та ін. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. авт. кол.:; за заг.ред. проф.. Київ ; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

20. Білінська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

21. Білінська М. М., Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
22. Білодід І. К. Словник української мови: в 11 тт.. АН УРСР. Інститут мовознавства; Київ: Наукова думка, 1970-1980. Т. 4. С. 695. URL: http://ukrlit.org/slovnyk/slovnyk_ukrainskoi_movy_v_11_tomakh/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3%D0%B0
23. Білодід І. К. Словник української мови: у 11 тт.. АН УРСР. Інститут мовознавства. Київ.: Наукова думка, 1970-1980. Т. 8. С. 341-342. URL: http://ukrlit.org/slovnyk/slovnyk_ukrainskoi_movy_v_11_tomakh/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3%D0%B0
24. Блащук Т. В. Договір про надання медичних послуг (медичного обслуговування) в умовах реформи медичної галузі. Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». 2017. №2(16) <https://lj.oa.edu.ua/articles/2017/n2/17btvrmh.pdf>.
25. Бобров О. Е. Медицина (нравы, судьбы, бесправие). Кировоград: Полинум, 2003. 121 с.
26. Болотіна Н. Медичне право у системі права України. Право України. 1999. №7. С. 116-121.
27. Братусь С.Н. Юридическая ответственность и законность (очерк теории). М.: Юрид. лит., 1976. 216 с.
28. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: дис. ... докт. юрид. наук : 12.00.03. Одеса, 2016. 437 с.
29. Бутенко С.В. Порівняльний аналіз зарубіжних моделей акредитації лікувально-профілактичних закладів. Вісник Національної академії державного управління. 2012. № 2. С.84-90.

30. Валігура К. Механізм правового регулювання: методологічний аспект. URL: http://vjhr.sk/archive/2016_2_1/3.pdf
31. Ведерніков Ю.А., Папірна А.В. Теорія держави і права: Навч. посіб. К.: Знання, 2008. 333 с. (Вища освіта XXI століття).
32. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.). Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел.-К; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005, с.1728.
33. Венедиктов В. С. Теоретические проблемы юридической ответственности в трудовом праве. Х. : КОНСУМ, 1996. 136 с.
34. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг. Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2014. № 5. С. 44-48.
35. Венедіктова І. В. Щодо перспектив детермінації послуг. Проблеми цивільного права та процесу: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченій пам'яті професора О. А. Пушкіна. Харків, 2009. С. 49-51.
36. Виконавча влада і адміністративне право / За заг. ред. В.Б. Авер'янова. К.: Видавничий Дім «Ін-Юре», 2002. 668 с.
37. Вороненко Ю. В. Радиш Я. Ф. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України . Український медичний часопис. 2007. № I/II. С. 45–49: URL :http://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/archive/57/pdf/158_ukr.pdf?upload
38. Вороненко Ю.В. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України. Український медичний часопис. 2007. №1(57) I/II. С. 45-49.
39. Гавриш І.І. Трансформація структури ринку медичних послуг в сучасних умовах. Науковий вісник Чернівецького національного

університету. Збірник наукових праць. Вип. 717. Економіка. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2014. С. 91-94.

40. Ганіткевич Я. В. Український медичний календар. Київ, 2016. 220 с. URL: http://www.ntsh.org/sites/default/files/ukr._med._kalendar.pdf

41. Ганіткевич Я. Історія української медицини в іменах і датах. Львів: НТШ, 2004. 365 с.

42. Гаращук В. Контроль та нагляд у державному управлінні : навч. посіб. Х. : Фоліо, 2002. 176 с.

43. Герц А. А. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг. дис. ...ція на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук: 12.00.03 цивільне право і процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Львів, 2016. 421 с.

44. Герц А. А. Медична послуга як об'єкт правового регулювання. Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Сер.: Юриспруденція. 2015. № 15 Том2. С.11-13

45. Гладун З.С. Адміністративно правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: Монографія. К. Юрінком Інтер, 2007. 720 с.

46. Гладун О.М. Загальний огляд правовідносин в галузі охорони здоров'я. Актуальні проблеми правознавства. Тернопіль : ЮІ ТАНГ, 2001. Вип. 3. С. 179–186.

47. Глоссарий терминов используемых в серии «Здоровье для всех». №№1–8. Женева, ВООЗ. 1984. С. 31-32.

48. Головащенко О. С. Поняття та ознаки соціальної держави. Актуальні проблеми державного будівництва та місцевого самоврядування в контексті конституційної модернізації: зб. наук. ст. за матеріалами наук.-практ. семінару (м. Харків, 14 жовтня 2016 р.). Харків, 2016. С. 25–35.

49. Головченко В. В., Ковальський В. С. Юридична термінологія: Довідник. Інтер, 1998. 224 с.

50. Голосніченко І. П. Правосвідомість і правова культура у розбудові Української держави. Право України. 2005. № 4. С. 24-25.
51. Голосніченко І. П. Стахурський М. Ф. Адміністративне право України: основні поняття. Київ: ГАН, 2005. 231 с.
52. Голяченко О. Ганіткевич Я. Історія медицини. Тернопіль: ЛІЛЕЯ, 2004. 248 с.
53. Гончарук С. Т. Адміністративне право України. Загальна та Особлива частини : навч. посіб. Київ: НАВС, 2000. 240 с.
54. Гревцова Р.Ю. Концепція розвитку медичного права та законодавства. Здоров'я України. 2008. № 12. С. 3.
55. Гревцова Р.Ю. Медичне право України: сучасний стан і перспективи розвитку. Зб. тез доповідей: І Всеукр. конгрес з медичного права і соціальної політики, 14-15 квітня 2007 р., м. Київ.: Авіценна, 2007. С. 9-11.
56. Гришина Н.В. Соціально-правовий аспект адміністративної відповідальності : Дис... канд. наук: 12.00.07 (адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право) Х.: ХНУВС, 2007. с.193
57. Губина М. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт : автореф. дисс... канд. экон. наук . Санкт-Петербургский государственный университет. 2009. 20 с.
58. Даневич Б. Медицинская реформа: полезный опыт Польши для Украины. Українська правда. URL: <https://www.pravda.com.ua/rus/columns/2017/10/17/7158694/>
59. Данилочкина Ю.В. Место медицинского права в системе права и законодательства. Актуальные проблемы правоведения. Научно-теорет. журнал. Самара: Изд-во Самар. гос. эконом. акад., 2003. №3. С. 188-190.
60. Дейкун Н.П. Наукове обґрунтування деяких напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі розвитку соціально-економічних реформ. Лік. Справа .Врачеб. Дело. 1999. № 6. с. 131-134.

61. Демин А.В. Теория государства и права: Курс лекций М.: ИНФРА-М, 2004. 184 с.
62. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг.ред. проф. М. М. Білинської. Київ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
63. Дешко Л. Про галузеву належність медичного права України . Право України. 2006. №1. С. 120-124.
64. Дічко Г. О. Зародження і розвиток першооснов медичного права на теренах України в період IX–початку XX ст. Порівняльно-аналітичне право. 2016. № 2. С. 14-17. URL: <http://pap.in.ua/index.php/arhiv-vidannja/68>
65. Добров А. И. Историческое развитие норм российского права в сфере здравоохранения: этапы тысячелетнего пути. Известия Иркутской государственной экономической академии : электронный журнал. 2012. № 2. С. 40-46. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17728270>.
66. Извлечение из доклада о преобразовании губернских врачебных учреждений. Труды Высочайше учрежденной межевведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. II. Спб., 1913. С. 1-195.
67. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. Форум права. 2011. № 2. С. 139-146. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23
68. Дрозд О. Ю. Використання сучасного європейського досвіду під час реформування адміністративно-деліктного законодавства України. Наукові праці Національного університету "Одеська юридична академія". 2015. Т. 15. С. 236-243.

69. Дрозд О. Ю., Шепетько С. А. Зарубіжний досвід притягнення юридичної особи до адміністративної діяльності. Митна справа. 2013. № 6(2.1). С. 252-256.
70. Дрозд О. Ю., Хуторянська Т. В. Міжнародні стандарти забезпечення прав і законних інтересів дитини та їх імплементація в законодавство України. Актуальні проблеми держави і права. 2015. Вип. 75. - С. 255-261.
71. Дрозд О. Ю., Белінська Ю. Б. Ознаки колективних форм захисту трудових прав працівників. Митна справа. 2014. № 3(2). С. 195-200.
72. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. Європейський вектор економічного розвитку. 2016. № 1 (20). С.51-59.
73. Еладун З.С. Правове забезпечення охорони здоров'я громадян. Радянське право. 1991. №5. С. 29.
74. Елина Н.К. К вопросу о месте медицинского права в системе российского права. Юридический аналитический журнал. Самара: Изд-во Самар. ун-та, 2006 №1. С. 102-107.
75. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. :Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трошинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.
76. Ермолаев В.К. Общетеоретические и гражданско-правовые основы медицинского обслуживания граждан в РФ: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. теория и история права и государства; история учений о праве и государстве. Москва, 1997. 219 с.
77. Єдинак Т.С., Павлишен О. В. Контроль як функція державного управління: сутність та класифікація. Вісник Академії митної служби України. Сер.: Державне управління. 2011. № 1. С. 12-18.

78. Завадская Л.Н. Механизм реализации права. Москва: Наука, 1992. 141 с.
79. Заварза Т.В. Специфіка юридичної відповідальності медичних працівників. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (17–18.04.2008). Львів. С. 119–123.
80. Загальна теорія держави і права: [підручник] / [М.В. Цвік, О.В. Петришин, Л.В. Авраменко та ін.]. Харків : Право, 2010. 584 с.
81. Загальна теорія держави і права: [Підручник для студентів юридичних спеціальностей вищих навчальних закладів] М. В. Цвік, В. Д. Ткаченко, Л. Л. Богачова та ін.; За ред. М. В. Цвіка, В. Д. Ткаченка, О. В. Петришина. Харків: Право, 2002. 432 с.
82. Заграй І.С. Деякі питання здійснення систематизації законодавства, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. ААУ, проект «Я маю право!» URL: <http://aau.edu.ua/ua/systematization-of-legislation/>
83. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII. Відомості Верховної Ради України. 1993, № 4, ст. 19.
84. Закон України «Про звернення громадян». Відомості Верховної Ради України. 1996. № 47. ст. 256.
85. Закон України закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10. 2017 р. № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради. 2018. № 5. ст.31.
86. Занфірова Т.А.(Радиш Я.Ф.) Правове регулювання медичної діяльності в Україні: генезис і тенденції розвитку. Держава та регіони. Серія: Право, 2009. №1. С. 23-33.

87. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки. 2016. Вип. 4(1). С. 123-126.

88. Дзера О. В., Кузнєцова Н. С., Луць В. В. Зобов'язальне право: теорія і практика : навч. посіб. для студентів юрид. вузів і фтів унтів; за ред. О. В. Дзери. Київ: Юрінком Інтер, 1998.

89. Иванов А.А. Становление и развитие правового регулирования предоставления медицинских услуг в Украине (с 1917 года по настоящее время). Право и Политика. 2017. № 4. С. 77-82.

90. Иванов В.В. Материально-правовые и процессуальные гарантии законности привлечения к административной ответственности: Дис... канд. юрид. наук: 12.00.07; Одесский национальный ун-т им. И.И.Мечникова. О., 2001. 192 с.

91. Индюков Н. П. Услуга как объект гражданского правоотношения. Проблемы права, социалистической государственности и социалистического управления. Свердловск, 1978. С. 33.

92. Юрьев А. С., Черкасов В. А., Енилеева С. К., Горбунов С. Н. Использование метода аккредитации в системах управления качеством в здравоохранении зарубежных стран. Проблемы стандартизации в здравоохранении : ежекварт. рецензир. науч.-практ. журн. 2004. № 1. С. 27–39.

93. Иванов А.О. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на національному рівні. Прикарпатський юридичний вісник. 2018. Вип. 1. Т. 3. С. 123-127.

94. Иванов А.О. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на регіональному рівні. Юридична наука: виклики і

сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, Україна, 8–9 червня 2018 р.). Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2018. С 49–52.

95. Іванов А.О. До проблеми визначення поняття механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Актуальні питання правової теорії та юридичної практики: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, Україна, 12-13 серпня 2016 р.). Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2016. С. 50–53.

96. Іванов А.О. До проблеми визначення поняття та ознак медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2017. Випуск 43. Т. 4. С. 124-129.

97. Іванов А.О. Міністерство охорони здоров'я України, як суб'єкт реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні. *Актуальні проблеми реформування системи законодавства України: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції*, м. Запоріжжя, 27-28 січня 2017 року. Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2017. С. 91–94.

98. Іванов А.О. Місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2016. Випуск 6-2. Т. 3. С. 120-123.

99. Іванов А.О. Структура механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2015. Випуск 6-2. Т. 2. С. 112-117.

100. Іванченко О. Визначення поняття, сутності та видів соціальної відповідальності: актуальні проблеми. *Право України*. № 1. 2006. С.60-65.

101. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи: затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. № 6. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95>
102. Йоффе О. С. Обязательственное право. Москва : Юридическая литература, 1975. 192 с.
103. Кабалкин А. Ю. Проблемы гражданско–правового регулирования отношений в сфере обслуживания: автореф. дис. на соис. учен. степ. докт. юрид. наук: спец. 12.00.03 гражданское право; предпринимательское право; семейное право; международное частное право. Москва, 1975. 36 с.
104. Каминская Т.М. Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа. Харьков: ИПП «Контраст», 2006. 296 с.
105. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. № 1 (20). 2015. URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>
106. Керимов Д. А. Методология права (предмет, функции, проблемы философии права). / 2-е изд. М.: Аванта+, 2001. 560 с.
107. Клименко О. В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку. дис. ... канд. юрид. 25.00.01. теорія та історія державного управління. Київ, 2016. 490 с.
108. Ключко В. М. Історичні аспекти реалізації принципів державного управління в галузі охорони здоров'я. Держава та регіони, Серія: Державне управління 2010 р., № 3, с. 213-217.
109. Князева В. М., Бакуменка В. Д. Державне управління: Словник-довідник. Київ: Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
110. Коваленко В.В. Курс адміністративного права України: підручник. Київ: Юрінком Інтер, 2012. 808 с.

111. Кодекс України про адміністративні правопорушення. Відомості Верховної Ради Української РСР 1984. додаток до N 51. ст.1122. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>
112. Козлов Ю.М. Административные правоотношения. Москва: Юрид. лит, 1976. 184 с/
113. Коломоець Т. О. Адміністративне право України. К. : Вид-во : Істина, 2012. 458 с.
114. Колпаков В. К. Адміністративне право України. Київ:Юрінком Інтер, 1999. 736 с.
115. Конецкая В.П. Социология коммуникации: Учеб. М.: Междунар. ун-т Бизнеса и Управления, 1997. 304 с.
116. Конституція України. Відомості Верховної Ради України від 23.07.1996. 1996 р., № 30, стаття 141.
117. Копейчиков В. В. Загальна теорія держави і права. Київ: Юрінком, 1997. 320 с.
118. Копейчиков В., Колодій А., Лисенков С., Пастухов В. та ін. Загальна теорія держави і права: навчальний посібник. Київ. Юрінком, 1997. 320 с.
119. Коростовцева, М. А., Кацнельсона И. С., Кузищина В. И. Законы Хаммурапи. Хрестоматия по истории Древнего Востока. Ч. 1. Москва: Высшая школа, 1980. 178 с.
120. Котяш Л. П. Адміністративно-правове регулювання державної реєстрації юридичних осіб в Україні. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.07 адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Київ. 2017. 217 с.
121. Краткий анализ проекта закона «Об общеобязательном социальном медицинском страховании» предлагаемом на третье чтение в

Верховный совет Украины. Юридический и экономический аспект/ Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 2002.

122. Крилова О. В. Цивільно-правове регулювання відносин по наданню медичної допомоги: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03. Одеська національна юридична академія. Одеса. 2006.

123. Кримінальний кодекс України: Науково-практичний коментар / Ю. В. Баулін, В. І. Борисов, С. Б. Гавриш та ін.; За заг. ред. В. В. Сташиса, В. Я. Тація. К.: Концерн «Видавничий Дім «Ін Юре», 2003. 1196 с.

124. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації. Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. Київ, 2010. 21 с.

125. Кузьмин М. К. История медицины. Москва : Медицина, 1978. 200 с.

126. Кузьминець О., Калиновський О., Дігтяр П. Історія держави і права України: Навч. посібник для студ. вищих навчальних закладів; За заг. ред. Я.Ю. Кондратьєва. Київ: Україна, 2000. 429 с.

127. Кузьмін О. Є. Соціальна відповідальність : навч. посібник / О. Є. Кузьмін, О. В. Пирог, Л. І. Чернобай, С. Б. Романишин, Н. О. Вацик. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2016. 328 с.

128. Куракін О.М. Структура механізму правового регулювання. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право. Випуск 35. Частина II. Том 1. 2015. С. 46-49.

129. Курило В. Надання охоронних послуг як об'єкт підприємництва. Право України. 2003. № 2. С. 113-117.

130. Курс адміністративного права України: підручник / В.К.Колпаков, О.В.Кузьменко, І.Д.Пастух, В.Д.Сущенко [та ін.] / за ред. В.В.Коваленка. К.: Юрінком Інтер, 2012. 808 с.

131. Липинский Д.А. Общая теория юридической ответственности : Дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.01 : Самара, 2004. 487 с.
132. Литвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу: навч. посіб. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2005. 142 с.
133. Литовка А.Б. Литовка П. И Медицинское право комплексная отрасль национального права России: Становление, перспективы развития. Правоведение. 2000. №1. С. 80-83.
134. Літінська Я.Г. Деякі аспекти впровадження та вдосконалення форм контролю за якістю надання медичної допомоги / Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його правове забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18.04.2008, м.Львів.-с.149-154.
135. Логвиненко Б. О. Адміністративно-правові засади медичного забезпечення органів внутрішніх справ України : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07; Дніпропетр. держ. ун-т внутр. справ. Д., 2008. 211 с.
136. Лопатенко Е. Я. Качественная медицинская помощь. Санкт-Петербург., 2005. 159 с.
137. Лошицький М. В.. Дрозд О. Ю. Рішення Європейського суду з прав людини як перспектива боротьби з адміністративними корупційними правопорушеннями. Наукові праці Національного університету "Одеська юридична академія" : зб. наук. праць. Одеса: Юрид. л-ра, 2014. Т. 14. С. 70-77.
138. Майданик Р.А. Цивільне право: Загальна частина. Вступ у цивільне право. Київ: Алерта, 2012. 472 с.
139. Майкл Теннер. Погляд на системи охорони здоров'я у світі. «Громадянин України» № 23 (230). URL: <http://gukr.com/article2678.html>

140. Макарейко Н. В. Адміністративне право: конспект лекцій. Відомості із сайту PRAVOLIB. 2009. URL: <http://pravolib.pp.ua/ponyatie-elementy-mehanizma-administrativno-17420.html>
141. Малафійк І. В. Дидактика. Навчальний посібник. К.: Кондор, 2009. 406 с.
142. Малейна М.Н. Гражданско–правовой договор на оказание медицинской помощи. Правоведение. 1989. № 2. С. 28-36.
143. Малейна М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. 2-е изд., испр. и доп. Москва: МЗ Пресс, 2001. 244 с.
144. Малиновський В. Я. Державне управління. К.: Атіка, 2003. 573 с.
145. Маматова Т. Трактуювання поняття «державний контроль» у сучасному законодавстві України та його уточнення. Вісник державної служби України. 2004. № 1. С. 23–26.
146. Маркіна А.М. Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні Дисертація кандидата юридичних наук: 12.00.07; Науково-дослідний інститут публічного права. Київ, 2018. 219 с.
147. Масалимова А.Р. Природа правоотношений по оказанию медицинских услуг. Российский юридический журнал. Екатеринбург: Изд-во УрГЮА. 2007. №3. С. 138-144.
148. Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права. Учебное пособие. М: Юристъ, 2004. 512 с.
149. Машина Н.І. Міжнародне страхування: навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 504 с.
150. Машков А.Д. Теорія держави і права: підручник. К. : ВД «Дакор», 2015. 492 с.

151. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: Матеріали I Всеукраїнської конференції. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_266_04.pdf
152. Медичне страхування в Україні, Великобританії, Канаді, Німеччині, Бельгії. Офіційний сайт КМУ. URL: <http://kr-admin.gov.ua/start.php?q=Posgromad/Ua/MedStrah/2.html>
153. Миколаєць І. В. Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід: наук.-практ. журн.. Київ, 2017. № 23. С. 113-116.
154. Мирский М. Б. Медицина в России XVII–XIX веков. Российская политическая энциклопедия. Москва, 1996. 400 с.
155. Миськів Л. І. Правові проблеми інклюзивної освіти в Україні: монографія. Харків : НікаНова, 2014. 454 с.
156. Миськів Л.І. Медична та інтеграційна моделі освіти на шляху до становлення інклюзивного освітнього середовища. Наше право. 2013. № 11 с. 31-35.
157. Миськів Л.І. Принципи, завдання та функції інклюзивної освіти як світової моделі соціалізації осіб з обмеженими можливостями. Європейські перспективи. 2013. № 10 с. 66-70.
158. Михайлов С. В. Історико-правові особливості регулювання цивільної відповідальності у сфері надання медичних послуг. Форум права. 2012. № 3. С. 446-452.
159. Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг автореф.дис ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків:, 2010. 17 с.
160. Михайлова Н.В. История государства и права России (XIX-начало XXI в.). Москва: КНОРУС, 2014. 376 с.

161. Михайлова Ю. В. Опыт аккредитации медицинских организаций за рубежом. *Вопр. экон. и упр. для руководителей здравоохранения*. 2006. № 6. С. 52–67.
162. Мохов А.А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. Санкт-Петербург.: Юридический центр Пресс, 2003. 208 с.
163. Мыльникова И. С. Создание гарантий качества в медицине и здравоохранении. *Качество медицинской помощи*. 1996. № 1. С. 34-38.
164. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Київ. 2014. 41 с. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
165. Нижник Н., Якушик І. Контроль ефективна складова соціально-економічного розвитку держави. *Президентський контроль: Інформ.-аналіт., наук.-метод. бюл. Адміністрації Президента України*. 2004. № 1. С. 41-45.
166. Новейший философский словарь. Сост. А.А. Грицанов. Мн.: Изд. В.М. Скакун, 1998. 896 с.
167. Новіков Н., Надточій Б. Організаційно-економічний механізм медичного страхування у ФРН. *Економіка України*. 1993. № 10. С. 80–84.
168. Новоселов В.П. Административно-правовые проблемы управление здравоохранением в субъектах Федерации: автореф. дисс. канд. юрид. наук спец. 12.00.02. конституционное право; государственное управление; административное право и муниципальное право. Екатеринбург, 1999. 40 с.
169. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування. *Форіншурер*. URL: <https://forinsurer.com/public/02/12/12/155>
170. Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я за 2012 рік. М-во охорони здоров'я України. Київ, 2013. 102 с. URL:

http://medprof.org.ua/fileadmin/user_upload/Global/documents/npa_oz_2012%D1%80.pdf.

171. О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране: Постановление ЦК КПСС, Совмина СССР от 05.07.1968 р. № 517. Законодательство России. URL: bestpravo.ru/ussr/data03/tex15289.htm.

172. Общая теория юридической ответственности: монографія. Липинский Д.А., Хачатуров Р.Л. С.-Пб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2007. 950 с.

173. Ойгензихт В.А. Специфика регулирования некоторых гражданских правоотношений. Советское государство и право. 1978. № 3. С. 44-52.

174. Осадчий В.І. Механізм правового регулювання. Митна справа. 2013. №5(89). ч. 2. С. 336-340.

175. Основы законодательства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1993 р., № 4, ст.19.

176. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / кол. авт.; за заг. ред. В. М. Князевича. Київ:.. 2009. 440 с.

177. Охріменко О.О., Іванова Т.В. Соціальна відповідальність. Навч. посіб. Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут». 2015. 180 с.

178. Павлов Д. М. Адміністративне право: Загальна частина. Конспект лекцій. К. : МАУП, 2007. 136 с.

179. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром

на запит народного депутата України. URL:
<http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

180. Петришина О. В. Теорія держави і права : підруч. для студ. юрид. вищ. навч. закл. Харків: Право, 2014. 368 с.

181. Пиголкин А.С., Головистикова А.Н., Дмитриев Ю.А., Саидов А.Х. Теория государства и права: учебник. М.: Юрайт-Издат, 2005. 613 с.

182. Пищита А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России: теоретико-правовые аспекты. Москва: ЦКБ РАН, 2008. 196 с.

183. Пищита А.Н., Гончаров Н.Е. Эволюция правового регулирования здравоохранения в России: историко-правовые аспекты. Москва: «ЦКБ РАН», 2007. 76 с.

184. Плесовский П.А. Роль государства в регулировании рынка медицинских услуг URL: <http://koet.syktu.ru/vestnik/2008/2008-1/6/6.htm>

185. Погребной И.М. Теория права: Учебное пособие. 3-е изд., испр. и доп. Харьков: Государственное специализированное издательство «Основа», 2003. 128 с.

186. Подорожній Є.Ю. Поняття та основні властивості юридичної відповідальності у трудовому праві. Форум права. 2017. № 5. С. 317-323. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2017_5_50

187. Подорожній Є.Ю. Теоретичні підходи до визначення поняття «юридична відповідальність». Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. 2014. № 3. С. 6-15.

188. Покровский В.И. Биомедицинская этика. Москва: Медицина. 1997. 224 с.

189. Покровский И.А. Основные проблемы гражданского права. 3-е изд., стереотип. Москва: Статут, 2001. 354 с.

190. Положення Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я: Наказ МОЗ України; від 05.06.1997 № 174. Офіційний вісник України. 1997 р., № 28.

191. Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 р. № 267. Постанова Кабінету Міністрів України. Офіційний вісник України. Київ. 2015 р., № 38. Ст. 1141.

192. Положення про Національну службу здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. Офіційний вісник України.. 2018 р., № 15, Ст. 507.

193. Польшікова Г. Г. Медична послуга як різновид споживчих послуг. Актуальні проблеми приватного права: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 92-й річниці з дня народж. д-ра юрид. наук, проф., чл.-кор. АН УРСР В.П. Маслова, 28 лют. 2014 р. Харків, 2014. С. 322–324.

194. Популярна юридична енциклопедія. Кол. авт.: В. К. Гіжевський, В. В. Гловченко В. С. Ковальський (кер) та ін. К.: Юрінком Інтер, 2002. 528 с.

195. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. Вип. 9. С. 24-28.

196. Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я: Постановою Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. Офіційний вісник України. 1997 р., № 29.

197. Посметний В. В. Сутність та особливості цивільного контролю в державі за діяльністю правоохоронних органів. Кримський юридичний вісникЗбірник наукових праць. 2009. №1(5). URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Kyuv/2009_1/1-5/15.pdf

198. Похмелкин В.В. Социальная справедливость и уголовная ответственность. Красноярск: Изд-во Красноярского ун-та, 1990. 299 с.

199. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його зміст. Сучасне українське медичне право : монографія. Київ: Атіка, 2010. 149 с.

200. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його здійснення : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03; Гуманітарний університет «Запорізький інститут державного та муніципального управління». Запоріжжя, 2007. 19 с.

201. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII. Закон України. Відомості Верховної Ради України. 2017 р., № 21. Ст. 245.

202. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення від 19.10.2017 № 2168-VIII: Закон України. Відомості Верховної Ради України. 2018 р., № 5. Ст. 31.

203. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 12 грудня 1991 року №1972-XII .Відомості Верховної Ради України. 1992. № 11. Ст. 152.

204. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Постанова Кабінета Міністрів України від 25.03.2015 № 267. Офіційний вісник України. 2015. № 38. Ст. 1141.

205. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. Відомості Верховної Ради УРСР . 1991. №30. Ст. 379.

206. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2015 р. № 23, Ст. 158.

207. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.Закон України. Відомості Верховної Ради України. 2018 р., № 5. Ст. 32.

208. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 року №1489–ІІІ. Відомості Верховної Ради України. 2000. №19. Ст. 143.
209. Проблемы материальной ответственности в советском трудовом праве. Стависский П.Р. Киев, Одесса: Вища шк., 1982. 183 с.
210. Программа Коммунистической партии Советского Союза: [Принята XXII съездом КПСС]. Москва: Политиздат, 1971. 144 с.
211. Проект Закону України «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» від 02.06.2018 URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?Pf3511=59862
212. Пчелін В. Б. Адміністративний акт та його роль у державному управлінні. Проблеми державного будівництва та місцевого регулювання на сучасному етапі: збірн. мат. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 21 травня 2009 року). Х.: ФО-П Вапнярчук Н. М., 2009. С. 215-217.
213. Пчелін В. Б. Перегляд адміністративних актів як спосіб забезпечення їх законності. Право і безпека. 2009. № 3 (31). С. 87-90.
214. Пчелін В.Б. Особливості участі суб’єкта владних повноважень як позивача в адміністративному судочинстві України. Актуальні питання розвитку та взаємодії публічного та приватного права: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Україна, м. Львів, 28-29 березня 2014 року). Львів: Західноукраїнська організація “Центр правничих ініціатив”, 2014. С. 111-112.
215. Рабінович П.М. Основи загальної теорії права та держави. 9-е вид., зі змінами. Львів : Край, 2007. 192 с.
216. Рак Г. В. Напрями вдосконалення контролю за фінансовими ресурсами бюджетних установ. Європейські перспективи. 2013. № 10. С. 197-203.

217. Реформа системи охорони здоров'я. Про основні зміни, що передбачаються URL: <http://www.kamadm.gov.ua/press-tsentr/item/5117-reforma-systemy-okhorony-zdorov-ia-pro-osnovni-zminy-shcho-peredbachaiutsia>

218. Рєзнікова В. В. Сутність категорії «послуга» : аналіз існуючих концепцій. Вісник господарського судочинства. 2009. № 1. С. 58-68.

219. Рішення Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року. Справа № 1-29/98.

220. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : монографія.. Київ: Фенікс, 2009. С. 30–31.

221. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>

222. Российское законодательство X-XX веков : в 9 т. Т. 3. Акты Земских соборов под общей ред. д-ра юрид. наук, проф. О. П. Чистякова. Москва. : Юрид. лит., 1985. 512 с. URL: <http://adverbium.org/ru/s-rzak3.htm>.

223. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ: Сфера, 2005. С. 106–109.

224. Рудницький С.В. Категорія «механізм» та її гносеологічні можливості для опису явищ і процесів суспільно-політичного життя. Держава і право. 2011. Вип. 53. С. 679-685.

225. Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием, Львов, Вища школа, 1982. 192 с.

226. Самілик Л. О. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: Матеріали І Всеукраїнської конференції. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_266_04.pdf

227. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг. Вісник Вищої ради юстиції. 2013. № 1(13). С. 153-162.

228. Самохін А. В. Адміністративно-правове регулювання медичних послуг в Україні: проблеми вдосконалення категоріального апарату. С. 95-98.
229. Селіванов В.Н., Діденко Н.Г. Правова природа регулювання суспільних відносин. Право України. 2000. № 10. С. 10–16.
230. Сенюта І.Я. Захист прав суб'єктів медичних правовідносин: деякі теоретико-правові аспекти. Бюлетень Міністерства юстиції України. 2011. № 4. С. 11-18.
231. Сенюти І.Я. Медико-правовий тлумачний словник. Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010. 540 с.
232. Серебряков О.М. Світовий досвід побудови системи якості медичної допомоги та необхідність її впровадження у вітчизняну військову медицину. Військова медицина України. 2009. Т. 9, № 1. С. 127-133.
233. Система охорони здоров'я Королівства Норвегія: особливості та результативність організаційно-управлінської моделі. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Цехмістер Я. В., Грузсва О.В. Медична наука України. 2010. № 2. С. 9-20.
234. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. Фірсова О. Д. Економіка та держава. 2011. № 1. С. 100-104.
235. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: Підручник. 2-ге видання. К.: Алерта; КНТ; ЦУЛ, 2010. 520 с.
236. Скакун О.Ф. Теорія держави і права: Підручник / Пер. з рос. Харків: Консум, 2001. 656 с
237. Скрипник О. М. Історія міжнародних організацій. Навчальний посібник. Умань: ПП Жовтий О.О., 2011. 226 с/
238. Словник Української мови в 11 т. (1970-1980 рр.), т.1., «А-В». К.: «Наукова думка», 1970 р. 801 с.

239. Смілий І. А. Форми та методи діяльності Державної міграційної служби України щодо протидії адміністративним правопорушенням іноземців. Публічне право. 2013. № 2. С. 355-361.

240. Соловійов В.М. Удосконалення законності в державному управлінні України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.01. В.М. Соловійов ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2006. 20 с.

241. Соловьев В.Н. Гражданско-правовое регулирование отношений, возникающих при реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. гражданское право; семейное право; предпринимательское право; международное частное право. Красноярск, 1998. 193 с.

242. Солоненко І.М., Рожкова І. В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія.. Київ: Фенікс, 2008. С. 126–168.

243. Солопова І.В. Медичне обслуговування як форма соціального захисту населення України : автореф. дис. ... канд.юрид. наук : спец. 12.00.05 «Трудове право; право соціального забезпечення». Харків, 2009. 20 с.

244. Социальная ответственность: Опорный конспект лекций для студентов, обучающихся по специальности 8.03050901 «Учет и аудит» / НТУ ХПИ [Каф. экономического анализа и учета; Авт.-сост.: И.А. Юрьева]. Х.: Изд-во НТУ ХПИ, 2016. 124 с.

245. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка Тернопіль:Укрмедкнига, 2000. 680 с.

246. Спаський М. Сокольський С. Охорона здоров'я в УРСР: Основні закони та урядничі розпорядження., Київ, Харків: Медвидав, 1932. 260 с.

247. Стеценко С. Г. Адміністративне право України : навчальний посібник. Київ: Атіка, 2007. 624 с.

248. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: Підручник. Київ: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.

249. Стражев В.И. Оперативное управление предприятием, проблемы учета и анализа. Минск, 1973. 151с.

250. Страхування: підручник / за ред. В. Д. Базилевича. Київ: Знання, 2008 243 с.

251. Стрельченко О.Г. Контроль як засіб забезпечення законності у сфері охорони здоров'я. Адміністративне право та процес. № 2. 2012. с. 66-72.

252. Субботенко В.К. К вопросу о предметной принадлежности отношений по оказанию медицинской помощи и лечению в СССР. Проблемы совершенствования гражданско-правового регулирования: [сб. ст. /редкол.: проф. В. Ф. Волович, проф. Б.Л. Хаскельберг, проф. В. Н. Щеглов].Томск: Изд-во ТГУ, 1982. С. 133-151.

253. Сушко Н. І., Гізатуліна Л. В., Куценко О. П. Бухгалтерський облік та внутрішній аудит у державному секторі: монографія. К.: Аграрна наука, 2009. 336 с.

254. Тарасова И. А. Роль МВД в руководстве медициной в Российском государстве. Закон и право. 2007. № 6. С. 114-115.

255. Спіцина Г. О. Теоретичні підходи до систематизації законодавства про працю України в умовах ринкової економіки. Держава і право. Юридичні і політичні науки. 2014. Вип. 66. С. 192-202.

256. Теория государства и права: ученик. Н. И. Матузов, А. В. Малько. Москва: Юристь, 2004. 512 с.

257. Теория государства и права: Учебник. Под ред. В.К. Бабаева. М.:Юристь, 2003. 592 с.

258. Теорія держави і права : навч. посіб. [С. К. Бостан, С. Д. Гусарєв, Н. М. Пархоменко та ін.]. К. : ВЦ «Академія», 2013. 348 с. (Серія «Альма-матер»). URL: https://pidruchniki.com/1494051156724/pravo/sotsialna_derzhava
259. Теорія держави і права: підруч. для студ. юрид. вищ. навч. закл. / О. В. Петришин, С. П. Погребняк, В. С. Смородинський та ін.; за ред. О. В. Петришина. Х.: Право, 2014. 368 с.
260. Теорія держави і права. Академічний курс: Підручник / За ред. О. В. Зайчука, Н. М. Оніщенко. К.: Юрінком Інтер, 2006. 688 с.
261. Тихомиров А. В. Медицинская услуга: Правовые аспекты. Москва: ФилинЪ, 1996. 352 с.
262. Тищенко И. Кленов Е.А., Малов В.Г. Материальная ответственность рабочих и служащих на предприятии. М.: Юрид. лит., 1968. 152 с.
263. Тлуста Г.Ю. Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України. Вісник Київського національного університету ім. Шевченка. С. 65-70.
264. Трофанчук Г. І. Історія держави і права зарубіжних країн : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ: Юрінком Інтер, 2013. 448 с.
265. Трудове право України: підручник. Ред. Н.Б. Болотіна, Г.І. Чанишева. К.: «Знання», КОО, 2000, 2001. 564 с.
266. Трудове право України: Підручник. 4-те вид., стер. К.: Вікар, 2006. 725 с (Вища освіта ХХІ століття).
267. Турак Й. А. Етичні та правові засади медичного втручання: З погляду лікаря практика. Ужгород: ВАТ «Видавництва Закарпаття», 2002. 225 с.
268. Турчіна М. О. Медичне законодавство в Україні в радянський період. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01 . Харків. 2016. 223 с.

269. Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав Протокол від 27.03.1997 URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/997_027.

270. Удосконалення державного контролю за дотриманням стандартів надання медичних послуг. З. О. Надюк. Державне будівництво. 2007. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2007_2_22

271. Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна 2020» від 12 січня 2015 року № 5/2015 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#n10>

272. Фатеев П.П. Понятие структура механизма административно-правового регулирования. Научный вестник Уральской академии государственной службы. 2010. № 3 (12). С. 18-21.

273. Философский словарь / Под ред. И. Т. Фролова.-7-е изд., перераб. и доп.-М.:Республика, 2001, с.719.

274. Философский энциклопедический словарь / Гл. редакция: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов М.: Сов. Энциклопедия, 1983. 840с.

275. Філософський енциклопедичний словник : енциклопедія / НАН України, Ін-т філософії ім. Г. С. Сковороди ; голов. ред. В. І. Шинкарук. Київ : Абрис, 2002. 742 с.

276. Фінансування системи охорони здоров'я Польщі: досвід для України / Д. С. Гайдаш. Актуальні проблеми державного управління. 2015. № 1. С. 339-346. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdy_2015_1_49

277. Харитонов О. І. Деякі проблеми загальної теорії правовідносин. Актуальні проблеми держави і права. 2003. Вип. 21. С. 75-84.

278. Хечуриани Д.Г. Функции советского гражданского права. Тбилиси, 1990. 216 с.

279. Хропанюк В. Н. Теория государства и права : учеб. пособ. для высш. учеб. завед. Москва., 1995. 377 с

280. Худошина О. В. Зарубіжний досвід державного регулювання ліцензування професійної діяльності медичних працівників у контексті пропозицій реформування медичної сфери в Україні / Інвестиції: практика та досвід : наук.-практ. журн..- Київ, 2017 № 20 С. 102-106.

281. Цвіка М.В., Петришина О.В. Загальна теорія держави і права: підручник для студентів юридичних вищих навчальних закладів. Х.арків: Право,2009. 584 с.

282. Цивільний кодекс: Закон України від 16 січня 2003 р. № 435-IV. Відомості Верховної Ради України. 2003. №40-44. Ст. 356.

283. Чепульченко Т. О. Соціальна відповідальність: поняття та сутність. Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право: збірник наукових праць. 2010. № 1 (5). С. 137–142 URL: <http://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/6088/1/10%20-%201%285%29%20-%2023.pdf>

284. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. Економіка та управління національним господарством. № 2. 2013. С.17-23.

285. Чорноус А. Г. Актуальні проблеми розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга». Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2016. Вип. 38(2). С. 43-47.

286. 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.

287. Шевчук Н. В. Фінансування медицини як складова механізму адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я на регіональному рівні. Публічне право. 2014. № 2. С. 52-58.

288. Шевчук С. С. Правовое регулирование возмездного оказания медицинских услуг: реалии и перспективы. Ставрополь: Сев-Кав. ГТУ; Ставрополь сервис школа, 2001. 232 с.

289. Шемшученко Ю. С. Юридична енциклопедія: в 6 т. Т. 1: АГ. Київ: Укр.енцикл., 1998. 672 с.

290. Шестак В. Державний контроль в сучасній Україні (теоретико-правові питання) : монографія / Шестак В. С. Х. : Основа, 2003. 208 с.

291. Шкарупа В. К.. Теорія держави і права: курс лекцій: навч. посіб. Херсон: Вид-во ВАТ ХМД, 2008. 280 с.

292. Шляхи вдосконалення державного управління в сфері охорони здоров'я. Л. О. Самілик. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: Матеріали І Всеукраїнської конференції. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_266_04.pdf

293. Щербаченко, Л. В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах. Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). 2010. №1(48). С.168–173.

294. Щукін О.М. До питання концептуалізації поняття адміністративної відповідальності. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2014. № 3. -С. 73-78.

295. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині. Газета «Аптека» № 20 (741) 24 мая 2010 г. URL: <https://www.apteka.ua/article/40027>

296. Якутова М.А. Механизм правового регулирования межбюджетных отношений: теория и практика. Законодательство и экономика. 2004. № 8. С. 24–28.

297. Ярмачі Х. П. Адміністративно-наглядова діяльність міліції в Україні: дис. ... доктора юрид. наук : 12.00.07. Харків, 2006. 438 с.
298. Glick H. A. et al. Economic evaluation in clinical trials. OUP Oxford, 2014.
299. International accreditation standards for healthcare external evaluation organizations. ISQua, third edition, December 2007.
300. Kutzin Joseph. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой / Kutzin Joseph, Cashin Cheryl, Jakab Melitta (ред.). Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. М. : Изд. дом «Практическая медицина», 2004. 463 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

в яких висвітлено основні наукові результати дисертації:

1. Іванов А.О. Структура механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Юридичні науки». 2015. Вип. 6-2. Т. 2. С. 112–117.

2. Іванов А.О. Місце та роль адміністративного права у правовому регулюванні надання медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Юридичні науки». 2016. Вип. 6-2. Т. 3. С. 120–123.

3. Иванов А.А. Становление и развитие правового регулирования предоставления медицинских услуг в Украине (с 1917 года по настоящее время). *Право и Политика*. 2017. № 4. С. 77–82 (Киргизька Республіка).

4. Іванов А.О. До проблеми визначення поняття та ознак медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія «Право». 2017. Вип. 43. Т. 4. С. 297–301.

5. Іванов А.О. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на національному рівні. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2018. Вип. 1(22). Т. 2. С. 294–298.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Іванов А.О. До проблеми визначення поняття механізму адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні. *Актуальні питання правової теорії та юридичної практики*: матеріали

Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 12–13 серп. 2016 р.). Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2016. С. 50–53.

7. Іванов А.О. Міністерство охорони здоров'я України, як суб'єкт реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні. *Актуальні проблеми реформування системи законодавства України: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 27–28 січ. 2017 р.).* Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2017. С. 91–94.

8. Іванов А.О. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на регіональному рівні. *Юридична наука: виклики і сьогодення: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 8–9 черв. 2018 р.).* Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2018. С. 49–52.