

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ЕКОЛОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет магістерської та
аспірантської підготовки
Кафедра екологічного права і
контролю

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
рівень вищої освіти: «магістр»

на тему: «Юридичні аспекти права людини на медичну допомогу»

Виконав магістр 2 року навчання групи
МЕПП-2 спеціальності 081 «Право»
Схабовський Владислав Анатолійович

Керівник: к.ю.н., доцент
Швидчеко Ірина Георгіївна

Рецензент: к.ю.н., доцент
ОНУ ім.І.І.Мечникова
Донченко О. І.

Одеса 2018

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна магістерська робота на тему: «Юридичні аспекти права людини на медичну допомогу», автор – магістрант Схабовський Владислав Анатолійович.

Актуальність роботи. Право на медичну допомогу представляє собою складний комплекс суспільних відносин, що зумовлює необхідність правового вирішення та запровадження більш детальної визначеності у правах та обов'язках лікаря і пацієнта та упорядкування їх взаємин.

Метою магістерської роботи є наукове обґрунтування теоретичних засад права людини у сфері надання медичних послуг, а також одержання науковообґрунтованих і достовірних висновків, пропозицій, які можуть бути використані як при подальших дослідженнях, так і нормотворчій діяльності.

Відповідно до мети поставлено до вирішення такі завдання: здійснення теоретичного аналізу правової регламентації відносин з надання медичної допомоги; з'ясувати правове становище, обсяг прав і обов'язків людей в отриманні медичної допомоги; проаналізувати зміст цивільно-правової відповідальності за заподіяння шкоди у сфері надання медичних послуг; визначити головні проблеми законодавства у сфері надання медичної допомоги; розробити пропозиції та рекомендації щодо упорядкування механізму регулювання надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у сфері надання медичних послуг.

Предмет дослідження становлять договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг, нормативні акти у сфері охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробленні пропозицій щодо вдосконалення чинного законодавства.

Магістерська кваліфікаційна робота містить: основна частина – 87 стор.; таблиць – 6; рисунків – 3; літературних джерел – 64.

Ключові слова: право на медичну допомогу, медична допомога, охорона здоров'я, правочин, сталий розвиток, відповідальність.

SUMMARY

For the master's qualifying work on the theme: «Legal Aspects of Human Rights for Medical Aid», author – master's degree Skhabovskyi Vladyslav Anatoliyovych.

Actuality of theme. The legal right to medical care is a complex set of social relations, which necessitates a legal solution and the introduction of more detailed certainty in the rights and responsibilities of the physician and patient and streamlining their relationships.

The aim of the master's thesis is to provide scientific substantiation of the theoretical foundations of human rights in the field of provision of medical services, as well as to obtain scientifically substantiated and reliable conclusions, suggestions that can be used both during further researches and norm-setting activities.

According to the goal, the following tasks must be fulfilled: the theoretical analysis of the legal regulation of relations with the provision of medical care; find out the legal status, the scope of the rights and responsibilities of people in the medical care received; to analyze the content of civil liability for causing harm in the provision of medical services; to identify the main problems of the legislation in the field of medical care; to develop proposals and recommendations for streamlining the mechanism for regulating the provision of medical services.

The object of research is the social relations that arise in the field of provision of medical services.

Subject of study are contractual obligations in the field of provision of medical services, regulatory acts in the field of health care.

The practical significance of the results obtained is to develop proposals for the improvement of the current legislation.

Master's qualification paper contains: the main part - 87 pages; tables - 6; drawings - 3; literary sources - 64.

Key words: the right to medical assistance, aid, healthcare, right, sustainability, responsibility.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ПРАВА ЛЮДИНИ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ	14
1.1 Поняття, ознаки та зміст права людини на медичну допомогу	14
1.2 Цивільно-правова характеристика права на медичну допомогу	21
1.3 Правочин як підстава виникнення цивільних правовідносин у сфері надання медичної допомоги.....	28
РОЗДІЛ 2 НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ	35
2.1 Державна політика України в галузі охорони здоров'я.....	35
2.2 Право на охорону здоров'я з позиції сталого розвитку.....	40
2.3 Здоров'я людей як ціль сталого розвитку	48
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ МІЖНАРОДНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ З ПРАВ ЛЮДИНИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ РОЗВИТКУ	58
3.1 Поняття права людини на здоров'я в міжнародному праві, становлення та розвиток.....	58
3.2 Загальна структура і класифікація прав людини на здоров'я у сфері охорони здоров'я на основі міжнародного права.....	67
3.3 Перспективи розвитку права людини на здоров'я у сфері охорони здоров'я на основі міжнародного права	73

РОЗДІЛ 4 СПОСОБИ ЗАХИСТУ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ	86
4.1 Форми і способи захисту права на медичну допомогу	86
4.2 Цивільно-правова відповідальність за порушення права на медичну допомогу	91
4.3 Практика Європейського Суду з прав людини в національній судовій практиці у справах пов'язаних із медициною	99
ВИСНОВКИ	104
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	110

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;

ЄС – Європейський Союз;

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини;

КК України – Кримінальний кодекс України;

Конвенція – Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод;

КУ – Конституція України

КУпАП – Кодекс України про адміністративні правопорушення;

ООН – Організація Об'єднаних Націй;

ЦКУ України – Цивільний кодекс України.

ВСТУП

Здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей держави і саме держава має гарантовано забезпечувати загальносуспільні потреби, у тому числі й потреби в медичній допомозі, на засадах справедливого і неупередженого розподілу між громадянами.

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

Такий підхід дає позитивні результати: за даними Світової організації охорони здоров'я, середня тривалість життя у світі останнім часом збільшилася на 5 років і становить 72 роки. В Україні вона становить 71 роки (жінки – 76, чоловіки – 66). І хоча цей показник став кращим порівняно з 1990 р. (69 років), однак у рейтингу тривалості життя Україна займає 111 місце у світі [1]. Такий стан речей корелюється з результатами виміру Індексу здоров'я, який було здійснено міжнародними і вітчизняними громадськими організаціями: 2018 року він становив 62 з максимальних 100 балів [2].

Проблема забезпечення населення належними медичними послугами є нагальною, а прорахунки у цій сфері негативно впливають на фізичну і психологічну якість життя громадян і загалом знижують її тривалість.

Актуальність теми. Сфера охорони здоров'я представляє собою складний комплекс суспільних відносин – медичних, фінансових, управлінських, організаційних, які регулюються різними галузями законодавства.

Сучасний підхід до регулювання та розуміння медичних послуг ґрунтується на ідеях та принципах, закладених на різних історичних етапах. Передумовою зародження правового регулювання медичних послуг стала необхідність чіткого регламентування діяльності лікаря (медичної установи), визначення їх прав та обов'язків, а також способів захисту суб'єктивних прав учасників правовідносин у сфері медичної діяльності.

На міжнародному рівні право людини на здоров'я, а отже й на медичну допомогу було визнано в 1948 році Загальною декларацією прав людини[3]. Нові питання, які постійно виникають у медичній практиці, зумовлюють необхідність їх правового вирішення. Час від часу з'являлися наукові дослідження, в яких зверталася увага на доцільність запровадження більш детальної визначеності у правах та обов'язках лікаря (медичної установи) і пацієнта, упорядкування їх взаємин. Для досягнення цієї мети в системі відносин «лікар-пацієнт» вкрай потрібні комплексні правові дослідження і законодавчі рішення на національному рівні, спрямовані на їх регулювання.

В українській юридичній науці відсутні комплексні дослідження юридичних аспектів прав людини сфері надання медичних послуг. У роботах вітчизняних авторів досліджені лише окремі питання надання медичних послуг. Зокрема, в таких роботах: О. О. Прасова «Право на медичну допомогу та його здійснення» (2007 рік) [6]; С. Б. Булеци «Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми» [49]. Дослідженню юридичних аспектів права людини на медичну допомогу присвячені праці українських та зарубіжних вчених: Антоненко А. Ф., Беденко О. А., Булеца С. Б., Венедіктова І. В., Грузєва Т. С., Кризина Н. П., Линник С. В., Мартинюк О. І., Москаленко В. Ф., Примаков В. Д., Сенюта І. Я., Стеценко В. Ю., Стефанчук Р. О., Федорченко Н. В.

Недостатня кількість фундаментальних теоретико-правових досліджень у нових суспільно-економічних умовах зумовило необхідність комплексного дослідження у сфері надання медичних послуг і

удосконалення законодавства в сфері регулювання саме права людини з надання медичної допомоги.

Метою роботи є наукове обґрунтування теоретичних засад права людини у сфері надання медичних послуг, а також одержання науковообґрунтованих і достовірних висновків, пропозицій, які можуть бути використані як при подальших дослідженнях, так і правозастосовній та нормотворчій діяльності.

Визначена мета наукового дослідження зумовила необхідність розв'язання таких основних задач:

- здійснення теоретичного аналізу правової регламентації відносин з надання медичної допомоги та її особливостей;
- з'ясувати правове становище, обсяг прав і обов'язків людей в отриманні медичної допомоги;
- проаналізувати сучасний стан наукових досліджень поняття та змісту цивільно-правової відповідальності за заподіяння шкоди у сфері надання медичних послуг;
- проаналізувати інституціональний простір діяльності права людини на медичну допомогу;
- визначити головні проблеми законодавства у сфері надання медичної допомоги;
- розробити пропозиції та рекомендації щодо упорядкування механізму регулювання надання медичних послуг з метою удосконалення чинного законодавства України та практики його застосування.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у сфері надання медичних послуг.

Предмет дослідження становлять договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг, нормативні акти у сфері охорони здоров'я, правозастосувальна практика.

Методологічну основу дослідження складає система наукових принципів і діалектичного методу пізнання.

У роботі використовувались загальнонаукові методи: формально-юридичний, порівняльно-правовий, а також спеціальні наукові методи логічного та порівняльного аналізу, які у сукупності були застосовувані для з'ясування сутності права людини у сфері надання медичної допомоги.

Метод історичного аналізу застосовувався головним чином для встановлення чинників формування прав людини на медичну допомогу та тенденцій їх розвитку. Метод логічного аналізу використовувався при дослідженні змісту норм, що регулюють права у сфері надання медичних послуг у сучасному цивільному праві України та міжнародних договорах. Філософсько-діалектичний метод дав можливість визначити сутність правової категорії медичної послуги. Метод системно-структурного аналізу слугував основою дослідження співвідношення понять «медична послуга» і «медична допомога». Індуктивний метод дозволив одержати необхідні знання, йдучи від одиничного до загального. За допомогою порівняльного методу проведено аналіз законодавства України та зарубіжних країн, яке регулює права людини з надання медичної допомоги, що дозволяє виділити не тільки спільне, але й відмінне в регулюванні зазначених відносин, виявити прогалини в цивільному законодавстві України, вирішити питання про використання зарубіжного досвіду. Теоретичною основою дослідження стали праці вітчизняних та зарубіжних вчених, фахівців у галузі медичного права.

Використання вищезазначених методів в комплексі було направлене на максимальнооб'єктивне та достеменне дослідження зазначеної проблеми. У процесі дослідження використовувались теоретичні підходи і практичні висновки.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що у роботі обґрунтовані концептуальні підходи до правового регулювання права людини на медичну допомогу.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розроблені пропозицій щодо вдосконалення чинного законодавства, а саме деяких норм

Цивільного кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Структура магістерської роботи складається зі вступу, чотирьох розділів, дванадцяти підрозділів, висновку та переліку джерел посилання. Загальний обсяг магістерської роботи становить 111 сторінок.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ПРАВА ЛЮДИНИ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

1.1 Поняття, ознаки та зміст права людини на медичну допомогу

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

У відповідності до ст.3 Конституції України [4] людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. Тому, вони підлягають правовій охороні. Одним із напрямів реалізації цього конституційного положення є закріплення права на життя. Конституційний зміст права особи на життя визначається у тому числі через обов'язок захищати життя людини, а також право кожного захищати своє життя і здоров'я (ст.27 КУ). Водночас у фаховій літературі з'являються наукові обґрунтування щодо доцільності ширшого розуміння змістовного наповнення права на життя. В такому контексті здійснюються сучасні наукові дослідження у сфері соціального забезпечення.

Право на життя є базовим та пов'язане з іншими конституційно закріпленими правами людини та громадянина. Зважаючи на його унікальність та самоцінність об'єкта, воно є організуючим елементом, сутнісним центром усієї системи прав особи. Серед них важливе місце посідає право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Воно гарантується створенням умов для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Важливою також у механізмі реалізації права особи на медичну допомогу є конституційна

гарантія щодо безоплатності її надання у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Створення належного механізму реалізації прав людини зумовлює необхідність наукового роз'яснення та законодавчого закріплення термінів, які позначають їхнє поняття та визначають зміст. Зважаючи на це, актуальним є теоретичне обґрунтування поняття «медична допомога».

Медична допомога є об'єктом наукових досліджень у сфері цивільного права, конституційного права та права соціального забезпечення [5]. Слід зауважити, що деякі автори розглядають право на охорону здоров'я та медичну допомогу як єдину категорію.

Медична допомога є медичною послугою, яка охоплює заходи, спрямовані на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент їхнього надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності. У широкому розумінні медичні послуги є діями медичних працівників, спрямовані на задоволення потреб людини стосовно здоров'я, у вузькому – дії медичних працівників, спрямовані на задоволення потреб людини стосовно здоров'я, які не охоплюються поняттям медична допомога.

О.О. Прасов дає визначення права людини на медичну допомогу як певних її можливостей з приводу отримання комплексу заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування у стані, що на момент їхнього надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності, які здійснюють професійно підготовлені працівники [6].

В основах законодавства України проохорону здоров'я міститься лише поняття медикосанітарної допомоги – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам із гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів [7]. Наведене визначення не відображає всіх аспектів медичної допомоги. До того ж, воно характеризує медико-санітарну

допомогу, яка є не тотожною медичній за змістом, метою та суб'єктами надання.

Якщо розглядати медичну допомогу як об'єкт закріпленого в Конституції України соціально-економічного права особи, то зміст наведеного вище визначення видається необґрунтовано вузьким.

Розуміння медичної допомоги як об'єкта соціально-економічного права повинно охоплювати вказівку на мету такої діяльності. Зокрема, нею можна вважати збереження й відновлення здоров'я людини. Медична допомога повинна бути кваліфікованою та надаватися в обсязі, встановленому законом та достатньому для досягнення зазначеної мети.

Нерозривний зв'язок соціального забезпечення та медичної допомоги підкреслюється і у важливих міжнародних нормативно-правових актах. Так, Загальна декларація прав людини[3] закріплює правожної людини на такий життєвий рівень, що включає харчування, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є потрібним для підтримання здоров'я та добробуту особи та її сім'ї, і право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування з незалежних від них обставин.

На думку А.Ф. Антоненко, правожної на медичну допомогу – комплекс передбачених та санкціонованих державою правоможностей особи, що полягає у її можливостях отримати якісну та кваліфіковану медичну діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику в лікувально-профілактичних установах за власним вибором із врахуванням гарантованого Конституцією України обсягу безоплатних медичних послуг [8].

У науковій літературі також запропоновано перелік правоможностей особи, що складають зміст права на медичну допомогу: право на отримання безоплатної медичної допомоги у державних та муніципальних установах охорони здоров'я; правоотримання медичної допомоги у недержавних установах охорони здоров'я; право на добровільне медичне страхування;

право на соціальне забезпечення ліками; право на санаторно-курортне лікування; правоосіб, що укладають шлюб на медико-генетичний огляд; право на інформацію про стан здоров'я; право бути донором; право на профілактичні заходи охорони здоров'я з боку держави та роботодавців [8]. Таке тлумачення змісту права на медичну допомогу зумовлює його реалізацію з використанням норм конституційного, медичного, адміністративного, цивільного права та права соціального забезпечення.

Визначення поняття «медична допомога» можна навести як діяльність медичного закладу чи медичного працівника щодо надання відповідних медичних послуг, або як комплекс організаційних, тактичних і реабілітаційних дій спрямованих на перехід від стану хвороби до стану здоров'я.

З точки зору права, медична допомога – це комплекс відносин, які врегульовані відповідними правовими нормами. Ці правовідносини регулюються якосновами законодавства проохорону здоров'я, так і спеціальними законами. Порядок надання окремих видів медичної допомоги регулюється відповідними наказами спеціалізованого центрального органу державної виконавчої влади [5].

Об'єктом цих правовідносин є надання медичних послуг лікувального чи профілактичного характеру. Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну. Також може надаватися реабілітаційна медична допомога.

Суб'єктами надання цієї допомоги є як заклади охорони здоров'я, так і лікарі приватної практики, які отримали відповідну ліцензію. Під закладами охорони здоров'я розуміють підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного

характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

Суб'єктами отримання цієї допомоги є фізичні особи, які втратили здоров'я – пацієнти. При цьому слід зауважити, що пацієнтами є фізичні особи, які не просто втратили здоров'я, але і звернулися за наданням медичної допомоги, або яким надається екстрена медична допомога. Під екстреною медичною допомогою необхідно розуміти медичну допомогу, що передбачає здійснення ряду організаційних, діагностичних та лікувальних заходів з надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим особам, які перебувають у невідкладному стані на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Підставами надання медичної допомоги є звернення особи за її наданням до медичного закладу, або до відповідного професійно підготовленого медичного працівника у зв'язку із хворобою, травмою чи іншим патологічним станом. Причиною звернення для надання медичної допомоги також може бути необхідність здійснення профілактичних заходів, а у випадках, передбачених законодавством, – необхідність проведення обов'язкових медичних оглядів. Окремою причиною для звернення за медичною допомогою є вагітність та пологи.

Метою надання медичної допомоги є збереження, покращення або відновлення здоров'я пацієнтів, а також відновлення їхньої працездатності. Відповідно до основ законодавства про охорону здоров'я під здоров'ям розуміють стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів [6].

Медичну допомогу не можна зводити лише до системи послуг, які надаються медичними закладами, оскільки вона охоплює значно ширший спектр, а саме види допомоги, що надаються фізичним особам відповідно до вітчизняного законодавства: профілактичну, лікувально-діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну і зубопротезну. Крім того, до медичної

допомоги також можна віднести заходи соціального характеру з догляду за хворими, непрацездатними та інвалідами.

У відповідності зі ст. 49 Конституції України медична допомога повинна надаватися безкоштовно [4]. Законодавством, встановлено перелік видів безоплатної медичної допомоги, що надається державними та комунальними закладами охорони здоров'я:

а) швидка та невідкладна – надогоспітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, пунктами невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини;

б) амбулаторно-поліклінічна;

в) стаціонарна – уразі гострого захворювання та в невідкладних випадках, коли потрібне інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація, в тому числі за епідемічними показаннями, дітям, вагітним та породіллям, хворим за направленнями медико-соціальних експертних комісій, лікарсько-консультативних комісій;

г) невідкладна стоматологічна допомога (у повному обсязі - дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним, жінкам, які мають дітей до 3 років);

д) долікарська медична допомога сільським жителям;

е) санаторно-курортна допомога інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих санаторіях;

є) утримання дітей у будинках дитини;

ж) медико-соціальна експертиза втрати працездатності [9].

Тобто, «медична допомога» являє собою процес надання ряду послуг, безпосередньо пов'язаних з лікуванням хворих та профілактикою захворювань, зокрема профілактичні медичні огляди з винесенням висновку про стан здоров'я на прохання громадян; зубне, вушне, очне протезування дорослого населення; надання всіх видів медичної та лікувально-профілактичної допомоги (крім першої невідкладної) особам, обслуговування яких не передбачено даним закладом; надання додаткової

медичної інформації на прохання громадян (довідки, виписки з історії хвороби) та інші.

Право на надання медичної допомоги припускає вільне визначення людини у питанні доцільності звернення за медичною допомогою. Адже законом не заперечується і право на відмову від лікування взагалі, і право на самолікування.

Однак, у галузі надання медичної допомоги мають місце суттєві недоліки її правового регулювання, зокрема те, що медичне законодавство не систематизоване в одному законодавчому акті. Основи законодавства про охорону здоров'я недостатньо врегульовують ці питання. Свідченням цього є досить велика кількість підзаконних нормативно-правових актів. Для вирішення цих проблем недоцільно приймати окремі, невеликі за обсягом закони, котрі регулюють окремі види відносин у галузі медичного права. Зокрема у медичній спеціальній літературі неодноразово порушувалось питання про необхідність прийняття нормативного акта, у котрому були б врегульовані права та обов'язки пацієнта.

Конституційними гарантіями реалізації фізичною особою права на медичну допомогу виступають: державне фінансування соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм; безоплатність медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я; заборона скорочення таких закладів; державного забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя [4].

Право на медичну допомогу належить усім без винятку фізичним особам. Однак при цьому фізична особа, яка досягла 14 років та звернулась за наданням медичної допомоги має, такі права:

- а) на вибір лікаря та його заміну;
- б) на вибір лікувального закладу;
- в) на вибір методів лікування, відповідно до рекомендацій лікаря.

Повнолітня фізична особа має право відмовитися від медичного втручання чи перервати вже почате втручання. Наслідки такого відмовлення

чи переривання втручання повинні бути їй роз'яснені. Якщо відсутність згоди може привести до тяжких наслідків, лікар зобов'язаний роз'яснити це пацієнту. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта важкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування [10].

Право на вибір лікаря дозволяє пацієнту звернутися до обраного ним лікаря, вимагати заміни лікаря, призначеного керівником лікувальної установи чи підрозділу.

Рівність відносин учасників правовідносин, які виникають у системі «лікар-пацієнт», припускає, що і лікар може відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо той не виконує медичні призначення, правила внутрішнього розпорядку лікувальної установи. Умовою такого відмовлення є відсутність загрози життю хворого і здоров'ю населення.

Припинення медичної допомоги може мати місце за згодою лікаря та пацієнта, на вимогу пацієнта в разі відмови від подальшого лікування, в разі смерті пацієнта або в разі усунення потреби в наданні такої допомоги. Припинення медичної допомоги слід відрізняти від припинення заходів підтримки життя.

1.2 Цивільно-правова характеристика права на медичну допомогу

В результаті розвитку медичних технологій, а також із ускладненням суспільних відносин та зростанням значення індивідуального інтересу інтенсифікуються правовідносини в сфері надання медичної допомоги. Все це потребує ґрунтовного наукового осмислення та адекватного правового забезпечення засобами цивільного права. Об'єктом є особисті немайнові права фізичної особи в сфері надання медичної допомоги, предметом –

проблема підставності виокремлення та угруповання особистих немайнових прав фізичної особи в сфері надання медичної допомоги.

На практиці співвідношення та розмежування приватного та публічного у правовому регулюванні відносин медичної сфери є непростю справою. Адже при наданні медичної допомоги суб'єкти (пацієнти, медичні працівники, медичні установи) користуються різними ступенями свободи вибору поведінки на власний розсуд. Тому доречно говорити про застосування як імперативних, так і диспозитивних методів правового регулювання відносин з надання медичної допомоги, які застосовуються в залежності від видів медичної допомоги, підстав її здійснення, суб'єктного складу правовідносин.

Цивільно-правові відносини в сфері медичної діяльності виникають за ініціативою юридично рівних і економічно незалежних суб'єктів. То ж особливості цивільно-правової складової полягають в тому, що вона орієнтована на «регулювання відносин з обороту продукту медичної діяльності між юридично та економічно незалежними суб'єктами за допомогою властивих цивільному праву форм та методів».

У цивільному законодавстві України право на медичну (лікувально-профілактичну) допомогу посідає важливе місце серед особистих немайнових прав фізичної особи, що забезпечують її природне існування. Це право закріплено у ст. 49 Конституції України [4], ст. 284 Цивільного Кодексу України [11], ст. 33-53 Основ законодавства України про охорону здоров'я [7]. Право на медичну допомогу в тому вигляді, в якому воно сформульовано в законодавстві України, фактично складається із сукупності прав: право на надання медичної допомоги; право на вибір лікаря та методів лікування, право відмовитися від лікування. Тобто в ЦК України йдеться про низку суб'єктивних цивільних прав щодо відповідних особистих немайнових благ у межах певної сфери суспільної діяльності – медичної.

Особисті немайнові права суб'єктів правовідносин з надання медичної допомоги (ст. 284–286 ЦК України) поділяються:

- стосовно пацієнтів:
 - право фізичної особи на надання їй медичної допомоги;
 - право на звернення за наданням медичної допомоги;
 - право на вибір лікаря та лікувального закладу;
 - право на вибір методів лікування;
 - право на згоду на медичне втручання;
 - право на відмову від медичного втручання;
 - право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я;
 - право на таємницю про стан свого здоров'я і факт звернення за медичною допомогою.

- стосовно лікаря:
 - право на надання рекомендацій щодо методів лікування,
 - право надавати медичну допомогу без згоди пацієнта.

Ці права стосуються відповідних благ, які охороняються засобами цивільно-правового регулювання – здоров'я, життя, медичної допомоги, автономії вибору, недоторканності, приватності тощо [11].

З одного боку, право на медичну допомогу є об'єктивним та конституційним правом, метою закріплення якого в Основному Законі є декларація певних соціальних досягнень та утвердження у зв'язку з цим правових підстав для громадянина вимагати від держави конкретних соціально-правових гарантій та правових механізмів їх дотримання. Але з іншого, – суб'єктивне цивільне право на відміну від об'єктивного права є не абстрактною можливістю, а конкретними межами і точною мірою дозволеної поведінки. Тому з метою запобігання змішування публічного та приватного аспектів доцільно відокремити групу спеціальних особистих немайнових прав фізичної особи, що виникають у сфері медичних відносин, та у такий спосіб об'єднати права, що визначені у ст. 284, 285, 286, 287 ЦК України загальною назвою «Особисті немайнові права фізичних осіб, що виникають в сфері надання медичної допомоги» [12].

Така переструктуризація актуалізує практично важливе питання систематизації особистих немайнових прав залежно від юридично значущого критерію, який об'єднує вказані права у групи. Угрупування може надати додаткові нормативні переваги для цивільно-правового регулювання відносин медичної сфери, що передбачає створення більш ефективного юридичного механізму, чутливого до специфіки конкретного виду відносин. Завдяки системі спеціальних правових засобів створюється найбільш привабливий правовий «клімат» для забезпечення та захисту приватного інтересу фізичної особи у визначеній сфері діяльності.

Особисті немайнові права поділяються на загальні та спеціальні. Такий розподіл виконує важливу соціальноправову функцію – виокремлення як загальних засад (універсальних нормативних принципів) цивільноправового регулювання особистих немайнових відносин, так і найбільш важливих базових сфер, які потребують спеціального правового впливу, з метою гармонізації загального та спеціального приватного інтересу. Цей підхід є виправданим та навіть необхідним, адже з одного боку, фізична особа завжди має універсальний соціально-правовий статусу людини та громадянина певного суспільства, з іншого – вона виступає суб'єктом визначеного виду відносин, що потребують додаткового правового впливу з огляду на специфіку та особливе соціальне навантаження. Хоча окремі сфери спеціального приватного інтересу підпорядковуються загальним засадам правового устрою, все ж таки для більш ефективного регулювання необхідно створювати додаткові правові інструменти, які не конкурують із загальним засадничим рівнем, а конкретизують та доповнюють його [12].

Підставою для законодавчого відокремлення групи спеціальних особистих немайнових прав фізичної особи має бути не функціональна відокремленість сфери дії приватного інтересу як така, а додатковий критерій особливої уразливості приватного інтересу, що потребує посилення правових гарантій охорони та захисту такого інтересу. Така особлива уразливість (або незахищеність) приватного інтересу характерна для певних

сфер суспільної діяльності або/та для окремих соціальнодемографічних груп фізичних осіб.

Хоча у ЦК України немає формального розподілу особистих немайнових прав на універсальні та спеціальні, все ж чинне законодавство надає підстави для відокремлення груп спеціальних особистих немайнових прав фізичної особи, які доцільно розподілити саме за критерієм особливої уразливості приватного інтересу. Правовий статус учасників відповідних особистих немайнових відносин має низку факультативних ознак та потребує додаткового правового впливу на ці правовідносини з метою найбільш ефективної правової охорони їхніх прав та інтересів у гармонійному поєднанні із охороною публічного порядку.

Особисті немайнові права фізичної особи поділяються на спеціальні групи. Такими особливими групами прав у ЦК України [11] є:

- Особисті немайнові права фізичної особи в сфері інтелектуальної діяльності. Уразливість приватного інтересу якосновнаознака прав даної групи проявляється у наявності специфічних умов благоволодіння та благовикористання стосовноособливого немайновогооб'єкта – процесу та продукту інтелектуальної діяльності людини.

- Особисті немайнові права фізичної особи в сфері сімейних відносин. Уразливість приватного інтересу в даній групі прав пов'язана з особливостями правової охорони інтимної та сімейної сторін приватного життя фізичної особи та необхідністю додаткових правових гарантій для народження та повноцінного розвитку людини.

- Особисті немайнові права дітей та інших фізичних осіб, що мають дефекти дієздатності, об'єднуються у групу спеціальних прав за критерієм особливої уразливості інтелектуальних та вольових здатностей окремих суб'єктів цивільних відносин та підвищеною небезпекою неправомірного втручання у приватну сферу даної категорії фізичних осіб. Така уразливість суттєво впливає на можливість здійснення цими суб'єктами суб'єктивних

прав, то ж потребує особливих цивільно-правових механізмів здійснення, охорони та захисту їхніх особистих немайнових прав.

-Особисті немайнові права фізичної особи в сфері медичної діяльності. Аналогічно можна говорити про існування спеціального приватного інтересу фізичних осіб як учасників правовідносин медичної сфери, який за критерієм своєї уразливості потребує спеціальних правових способів охорони та захисту. Критерій особливої уразливості приватного інтересу, за яким виокремлюється група особистих немайнових прав фізичної особи в сфері медичної діяльності, проявляється в даній сфері дії приватного інтересу в вигляді підвищеногоризику для неправомірного вторгнення в сферу приватності фізичної особи (як пацієнта, так й лікаря). Така уразливість пов'язана як з особливою властивістю об'єкта особистих немайнових відносин – інтимністю людського організму, так із особливим контактним впливом на цей об'єкт шляхом втручання засобами медицини у тілесну (соматичну) та психічну сфери людського організму.

Актуальна необхідність виокремлення групи спеціальних особистих немайнових прав фізичної особи в сфері надання медичної допомоги також обґрунтовується такими соціальними та правовими факторами, які підвищують рівень вразливості приватного інтересу в цій сфері діяльності:

1) існуючими загрозами з боку сучасних біомедичних технологій для прав, гідності, цілісності людини, які потребують особливих гарантій дотримання прав учасників відносин та спеціальних засобів правового впливу;

2) небувалим розширенням кола суб'єктів відносин медичної сфери, яке наближається до кола учасників цивільних відносин, в результаті чого до спеціальної соціальної групи пацієнтів тією або іншою мірою (в той або інший період життя) відноситься все населення країни.

Виникнення та регламентація особистих немайнових прав фізичної особи в сфері медичних відносин пов'язано із набуттям суб'єктами цих відносин специфічного правового статусу «пацієнт». Попри те, що як у

законодавстві, так і в правовій науці нині немає єдності щодо визначення поняття «пацієнт», така проблематичність видається штучною. У ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я [7] зазначено, що «пацієнт – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога». Проте окремі дослідники додають інші суттєві ознаки, які слід, на їхню думку, взяти до уваги. Інші автори вважають, що «пацієнт – це особа, яка звернулася за наданням профілактичної, діагностичної, лікувальної чи реабілітаційно-відновної допомоги до закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності чи медичного працівника індивідуальної практики незалежно від стану здоров'я або добровільно погодилася на проведення медико-біологічного експерименту» [13, с. 68]. Переліком окремих ознак, які складають поняття «пацієнт», можна продовжувати з огляду на виникнення нових видів медичної допомоги, проте можливим є те, що в правове визначення включатимуться несуттєві ознаки, або ж не включатимуться суттєві.

Пацієнт у правовому вимірі це, перш за все, спеціальний правовий статус фізичної особи, яка перебуває у правових відносинах з іншими учасниками медичної сфери. Отже, правовим критерієм для виокремлення правового статусу «пацієнт» слугують дві визначальні ознаки:

- 1) фізична особа вступила у правовідносини із закладом охорони здоров'я;
- 2) її організм є об'єктом надання медичної допомоги.

Враховуючи те, що правовий статус пацієнта прямо пов'язаний із участю фізичної особи у правовідносинах із суб'єктами медичної діяльності, слід взяти за основу, що пацієнт – це фізична особа, яка є стороною правовідношення з приводу надання медичної допомоги та організм якої є об'єктом здійснення медичної діяльності [13]. Отже, пацієнтом фізична особа стає з того моменту, як вона вступила у правовідносини із будь-яким суб'єктом системи охорони здоров'я незалежно від того, чи вона потребує такої медичної допомоги чи фактично така допомога їй надається. Наведене

визначення містить необхідні та достатні характеристики правового статусу фізичної особи як пацієнта та є належними правовим ґрунтом для подальшого аналізу особистих немайнових прав фізичної особи в сфері медичної діяльності.

1.3 Правочин як підстава виникнення цивільних правовідносин у сфері надання медичної допомоги

Згідно зі ст. 202 Цивільного кодексу України [11], правочином визнається дія особи, яка спрямована на набуття, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків. Правочини можуть бути односторонніми та дво- чи багатосторонніми (договори).

Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є договором про надання медичних послуг, який укладається на користь третіх осіб. Конструкцію цього договору було запроваджено в законодавчу площину Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14] і деталізовано в Постанові Кабінету Міністрів України «Про деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [15]. Сторонами договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є надавач медичних послуг (заклади охорони здоров'я та фізичні особи – підприємці, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики) та Уповноважений орган (центральный орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення – Національна служба здоров'я України). Договір про медичне обслуговування може укладатись або в письмовій, або в електронній формі. До істотних умов договору про медичне обслуговування законодавець відносить такі: перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій, умови, порядок і строки оплати тарифу,

фактичну адресу надання медичних послуг, права та обов'язки сторін, строк дії договору, звітність надавачів медичних послуг і відповідальність сторін.

Пацієнт, який потребує надання медичних послуг або лікарських засобів за програмою медичних гарантій, або його законний представник звертається до надавача медичних послуг і подає декларацію про вибір лікаря. Заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, які провадять господарську діяльність з медичної практики, не мають права відмовити пацієнтові у прийнятті декларації на підставі наявності в пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання.

Із нормативних актів випливає, що:

1) договір про медичне обслуговування за природою є договором про надання послуг;

2) цей договір складається з двох частин:

а) у частині «замовник – надавач» – це договір про надання послуг за державним замовленням;

б) у частині надання медичних послуг надавачем пацієнтові – це договір на користь третіх осіб.

Ця позиція, зокрема, отримала нормативне підтвердження у ст. 8 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14] та п. 11 Типової форми Договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої Постановою № 410 (договір про медичне обслуговування населення є договором на користь третіх осіб – пацієнтів у частині надання їм медичних послуг) [15];

3) в аспекті обґрунтування позиції щодо договору про надання послуг за державним замовленням відзначимо:

3.1) Н. В. Федорченко стверджує, що державний контракт про надання послуг для державних потреб повністю відповідає поняттю цивільно-правового договору, оскільки для відносин із надання послуг, які виникають

із досліджуваного договору про надання послуг за державним замовленням, характерні відсутність підпорядкованості учасників, їх рівноправність, незважаючи на те, що одна зі сторін договору – держава чи інше публічно-правове утворення [16];

3.2) відповідно до ст. 7 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14] та п. 2 ч. 3 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 [17], Національна служба здоров'я України є замовником медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій, що становлять державну потребу, спрямовану на виконання соціально-економічних функцій держави; є публічно-правовим утворенням – центральним органом виконавчої влади, у підпорядкуванні якого не перебувають контрагенти (надавачі медичних послуг);

3.3) договір про медичне обслуговування є цивільно-правовим за природою та характеризується такими ознаками:

а) сторони договору є рівноправними учасниками договірних відносин із нормативно визначеним спектром прав і обов'язків;

б) мета вступу в ці договірні відносини – задоволення державних потреб, пов'язаних з медичним обслуговуванням населення, адже одним із національних пріоритетів держави є гарантування конституційних прав і свобод людини і громадянина, зокрема права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49 Конституції України), а з-поміж основних напрямів державної політики з питань національної безпеки – створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я, ліквідації алкоголізму, наркоманії, інших негативних явищ (Закон України «Про національну безпеку України» [18]);

в) оплата за надані в межах договору медичні послуги здійснюватиметься за рахунок коштів Державного бюджету України на

підставі бюджетного законодавства, що не впливає на цивільно-правовий характер зобов'язань сторін за договором (ч. 4, 5 ст. 18 Основ [7]);

г) аби стати надавачем послуг за договором про медичне обслуговування, суб'єкт господарювання повинен виконати нормативні вимоги, зокрема зареєструватись в електронній системі охорони здоров'я, також зареєструвати своїх медичних працівників, а замовник не має права відмовити в укладенні договору при їх дотриманні та наданні відповідних медичних послуг (у межах програми медичних гарантій).

Звернемо увагу на декілька нормативних дисонансів:

1) у ст. 8 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14] предметом договору про медичне обслуговування населення є медичні послуги та лікарські засоби за програмою медичних гарантій, а в Постанові № 410 [15] – лише медичні послуги. Отже, логічно постає запитання: яким нормотворець бачить практичний бік питання закупівлі лікарських засобів у межах програми медичних гарантій;

2) положення пп. 10 п. 17 Типової форми Договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є дискримінаційним, адже закладає нерівність у наданні медичних послуг за ознакою оплати за послуги, що суперечить ст. 1, 2, 4 Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації України» [19].

У цьому положенні, незважаючи на публічний характер договору про медичне обслуговування населення, передбачено, що пріоритет у наданні медичних послуг матимуть пацієнти, які були записані на прийом до лікаря / у чергу на отримання медичних послуг цього дня за договором у межах програми медичних гарантій, а платні послуги, які пацієнти оплачують за рахунок власних коштів, повинні надаватись пацієнтам тільки після того, як медичні послуги отримали всі пацієнти за програмою;

3) невиправданим являється п. 32 Типової форми Договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [15], в

якому передбачено, що в разі скарг пацієнта / його законного представника або іншої заінтересованої особи до замовника послуг про вимагання надавачем (залученою особою) від пацієнта винагороди за медичні послуги в будь-якій формі замовник має право (не обов'язок!) поінформувати правоохоронні органи. Навіть за умови набрання законної сили вироком суду про притягнення працівника-надавача (або залученої особи) до кримінальної відповідальності за порушення права на безоплатну медичну допомогу або за наявності інших достатніх підстав вважати, що така вимога мала місце, замовник має право (не обов'язок!) в односторонньому порядку відмовитись від цього договору.

Визначення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: це договір про надання медичних послуг, за яким одна сторона (надавач послуг – суб'єкт господарювання, що має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики), яка здійснює медичне обслуговування населення, зобов'язується у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення за завданням іншої сторони (замовника – Національної служби здоров'я України) надати медичні послуги пацієнтам, а замовник зобов'язується оплатити надавачеві надані послуги з Державного бюджету України.

Відповідно до ч. 8 ст. 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»[7], заклади охорони здоров'я встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення. Отже, державні та комунальні заклади охорони здоров'я поза межами виконання програми медичних гарантій мають право укладати договори про надання медичних послуг, які матимуть цивільно-правовий характер і породжуватимуть цивільні правовідносини у сфері надання медичної допомоги. Проте законодавець встановив обмеження свободи укладення таких договорів кількісним критерієм, а саме не більше 20% обсягу всіх наданих послуг, що передбачено

в ч. 11 ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14].

Одним із результатів упровадження медичної реформи стало введення нового юридичного факту, що є передумовою виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги: одностороннього правочину – Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженої Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19.03.2018 № 503 [20].

Проаналізувавши чинне законодавство, можна зробити певні висновки щодо правової природи декларації:

1) це односторонній правочин, який створює обов'язки не лише для особи, яка його вчинила, тобто фізичної особи, а й для інших осіб, зокрема для надавача медичних послуг, Національної служби здоров'я України. Проте, всупереч ст. 202 ЦК України, таке покладення обов'язку здійснюється на підставі підзаконного акта, а не закону (п. 1 ч. 3 р. III Наказ № 503);

2) декларація як односторонній правочин слугує виникненню нового правовідношення з іншої підстави – договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

3) виявляється, що сторона в односторонньому правочині вказана неправильно, а саме як пацієнт. Відповідно до ст. 3 Основ [7], пацієнт – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога. Декларація не породжує правовідносин у сфері надання медичної допомоги: фізична особа, яка звертається до надавача медичних послуг, робить це не з метою отримання медичної допомоги, тому позначення сторони одностороннього правочину як пацієнта неправильно. Аналогічно неправильно сформульовано норму ч. 2 ст. 9 цього Закону. Фізична особа стане пацієнтом лише за умови звернення, приміром, за наданням первинної медичної допомоги до надавача медичних послуг;

4) декларація має подвійне юридичне значення:

а) засвідчує реалізацію права на вільний вибір лікаря (хоча фізична особа ще не є пацієнтом);

б) є юридичним фактом, що підтверджує виникнення у фізичної особи статусу третьої особи за договором про медичне обслуговування;

5) декларація є елементом юридичного складу, що породжує виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги.

Запровадження нових правових конструкцій вимагає нормопроєктної точності, органічного влиття в чинну правову модель, злагодженості механізму функціонування, адже досліджувані правочини безпосередньо впливають на здійснення особистого немайнового права – права на медичну допомогу, в основі якого ключові немайнові блага людини – її життя і здоров'я. Окреслені нормативні неточності підтверджують необхідність змін, спрямованих на регулювання правових явищ та подолання колізійності чинного законодавства у досліджуваній галузі.

РОЗДІЛ 2 НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

2.1 Державна політика України в галузі охорони здоров'я

Право на охорону здоров'я відповідно до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» – це право особи на збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [7].

Зміст права особи на медичну допомогу характеризується як можливість особи отримати професійну кваліфіковану допомогу з метою діагностики стану охорони здоров'я, профілактики та лікування певних порушень здоров'я.

Так як у чинному законодавстві відсутнє чітке розмежування між поняттями право на охорону здоров'я та право на медичну допомогу, і кожне з цих прав належить жодній людині, то спираючись на чинне законодавство та норми міжнародного права, можна дійти висновку, що поняття «право на охорону здоров'я» має більш широке значення, а «право на медичну допомогу» є його складовою. Тому задля більш детального дослідження проблематики дипломної роботи, доцільно розглянути право на медичну допомогу в контексті права на охорону здоров'я.

Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це визначення стратегії і тактики, політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення України як найважливішої складової її

національного багатства, що втілені в законодавстві країни і виявляються в забезпеченні розвитку людського потенціалу українського народу [21].

Законодавчою базою з питання державної політики охорони здоров'я в Україні є Конституція України, Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про засади зовнішньої та внутрішньої політики», «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України», «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», «Про засади регіональної політики» та інші законодавчі акти України.

Відповідно до законодавства України основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитнофінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади.

Науковці визначають такі показники ефективної державної політики в галузі охорони здоров'я, як стан фізичного і психічного здоров'я в суспільстві, демографічна ситуація в державі, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров'я і медичній допомозі [21].

У системі охорони здоров'я відстежується нерівність у доступі до медичної допомоги, актуальною є проблема якості медичного обслуговування, низька середня очікувана тривалість життя. Така ситуація потребує кардинального реформування всієї системи.

Орієнтиром у проведенні реформи є програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я –2020». Вчені визначають інноваційну

сутність та практичну значимість нової європейської політики «Здоров'я – 2020» для розвитку галузі охорони здоров'я [22, 23].

Основними цінностями нової європейської політики є: визнання права кожної людини на здоров'я, солідарність, справедливість, стійкість, загальна доступність, якість, право на участь у прийнятті рішень, захист людської гідності, автономність, відсутність дискримінації, прозорість, підзвітність.

Указом Президента України у січні 2015 року була схвалена «Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», яка передбачає впровадження в Україні європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі, визначає вектори руху, дорожню карту, першочергові пріоритети та індикатори належних оборонних, соціально-економічних, організаційних, політикоправових умов становлення та розвитку України [24].

У стратегічному документі визначається також мета державної політики в галузі охорони здоров'я – це «кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав».

Стратегія передбачає реформи, які сприяють особистій відповідальності громадян за власне здоров'я, надання їм вільного вибору постачальників медичних послуг відповідної якості, забезпечення адресної допомоги соціально незахищеним верствам населення та створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я.

Цей стратегічний документ є основою для розроблення інших нормативно-правових актів, які б трактували процедуру та механізми його впровадження. Таким чином, основними завданнями державної політики України в галузі охорони здоров'я має стати формування нової моделі охорони здоров'я орієнтованої на пацієнта, впровадження європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі.

Політика у сфері охорони здоров'я є одним із найважливіших інструментів і водночас компонентів соціального розвитку – однієї з трьох ключових областей, комплексний підхід до діяльності яких передбачає зусилля щодо забезпечення сталого розвитку.

Розробка національної політики у сфері охорони здоров'я в Україні базується на основних принципах сталого розвитку та платформі нової європейської політики ВООЗ «Здоров'я – 2020», зверненої до всіх структур державного управління і суспільства, які роблять свій внесок в охорону здоров'я та зростання рівня добробуту.

Головні цілі політики «Здоров'я – 2020» слугують не тільки в якості загального спрямування державної політики на всіх рівнях, а й для орієнтації всього суспільства і включають, передусім, досягнення покращення здоров'я, підвищення якості життя і подовження тривалості здорового життя, скорочення нерівності стосовно здоров'я і подолання наслідків несприятливих демографічних змін. Для цього потрібно використовувати наявні соціальні зміни на благо здоров'я в політиці всіх сфер суспільства та підвищувати стратегічну значущість здоров'я як рушійної сили сталого розвитку і зростання добробуту громадян, всіляко прагнучи до того, щоб глави держав, парламентарії, ключові дієві особи і керівники, що приймають рішення у всіх секторах, усвідомлювали власну відповідальність за охорону здоров'я та добробуту людей, за зміцнення і захист здоров'я та безпеки [23].

Так, на сьогодні розпорядженням Кабінету Міністрів України схвалено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір»[25]. Метою Програми є збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, зниження захворюваності, інвалідності і смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я. В документі підкреслено непересічну цінність здоров'я,

яке визначає можливості досягнення індивідуального і суспільного добробуту та перспективи сталого розвитку.

Також акцентовано увагу на проблемі зростаючого відсотка хронічних неінфекційних захворювань, виникнення і розвиток яких детермінованоскладним комплексом біологічних, медичних, поведінкових, середовищних, соціальних та економічних чинників, що, в свою чергу, потребує зміни у сфері охорони здоров'я, передусім стратегії зменшення дії ризиків, пов'язаних зі здоров'ям. Успішної мінімізації ризиків для здоров'я можна досягти лише за умови одночасної діяльності Уряду та суспільства: за рахунок як цілеспрямованих соціальних змін, так і прийняття цих змін населенням і зустрічної модифікації індивідуальної поведінки громадян.

Політика у сфері охорони здоров'я є складовою соціального розвитку – однієї з трьох ключових областей забезпечення сталого розвитку. За прийнятим ООН визначенням, під соціальним розвитком розуміють задоволення потреб людей у робочих місцях, продовольстві, освіті, енергії, медичній допомозі, воді та санітарії; дбайливе ставлення докультурного та соціального розмаїття та дотримання прав трудящих, забезпечення можливостей усіх членів суспільства брати участь у прийнятті рішень, що впливають на їх подальшу долю [22].

Однак і інші області, а саме «Економічне зростання і справедливість» та «Збереження природних ресурсів та охорона навколишнього середовища» як вагомі чинники не лише формування і збереження здоров'я, а й забезпечення виживання й навіть самого існування людини, також вимагають приділення уваги при розробці політики у сфері охорони здоров'я.

Вирішення питань охорони здоров'я, охорони навколишнього середовища та поліпшення соціально-економічних умов вимагає узгоджених міжсекторальних дій. Такі зусилля, скоординовані та тісно пов'язані з питаннями освіти, житлового будівництва, організації громадських робіт і діяльності різних об'єднань громадян (включаючи підприємства, освітні заклади і науково-дослідні установи, релігійні, цивільні і культурні

організації тощо), спрямовані на те, щоб дати можливість населенню у межах своїх громад забезпечити сталий розвиток. Особливий акцент слід робити на превентивних програмах і запобіжних заходах – як у рамках політики у сфері охорони здоров'я, так і у довгостроковій стратегії соціально-економічного розвитку держави.

Українське суспільство і Уряд повинні замінити традиційні уявлення, коли порушення стану здоров'я розглядається як привід до надання медичної допомоги, на сучасне світове бачення того, що стан здоров'я має забезпечувати можливість нації реалізовувати завдання з її розвитку і прогресу, а ефективна охорона здоров'я населення виступає технологією збереження людських та матеріальних ресурсів держави.

2.2 Право на охорону здоров'я з позиції сталого розвитку

Кожна людина має право на життя та здоров'я, тому права людини у сфері охорони здоров'я базуються на стандартах міжнародної концепції прав людини та інших міжнародних договорах, а також на національних законодавствах.

У 1992 р. на конференції ООН у Ріо-де-Жанейро прийнято «Порядок денний на XXI століття» [26], в якому, зокрема, висвітлювались і питання розвитку системи охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. У цьому документі здоров'я людини розглядається як основа його стійкого розвитку, як результат дії на людину всіх факторів, з якими вона стикається протягом життя.

Нова стратегія ЄС щодо охорони здоров'я складається із таких напрямів:

- удосконалення системи інформації щодо здоров'я на всіх рівнях суспільства; створення механізму швидкого реагування на основі загрози для здоров'я;
- зосередження на детермінантах здоров'я, зокрема – шкідливих чинниках, пов'язаних зі стилем життя [26].

Основні цілі, завдання та індикатори сталого розвитку системи охорони здоров'я базуються на головних постулатах «Порядку денного на XXI століття» та стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх» (табл. 2.1).

Основними міжнародно-правовими стандартами у сфері охорони здоров'я є Європейська хартія прав пацієнта, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Міжнародний білль про права людини, а також Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок; Конвенція про права дитини та низка інших.

Таблиця 2.1 – Основні цілі, завдання та індикатори сталого розвитку системи охорони здоров'я [27]

Ціль	Завдання	Індикатори
Зменшення дитячої смертності	Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на 25%	–Рівень смертності дітей віком до 5 років (кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими); –Рівень смертності немовлят (кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими).
Поліпшення здоров'я матерів	Скоротити рівень материнської смертності на 50%	–Рівень материнської смертності (кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими); –Рівень абортів (кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку).
Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, започаткування тенденції до скорочення їх масштабів	Знизити темпи поширення ВІЛ-інфекції/ СНІДу до 15%	–Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (на 100 тис. населення); –Темпи поширення ВІЛ-інфекції/ СНІДу (%); –Кількість померлих від СНІДу (на 100 тис. населення); –Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (%).
	Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз	–Кількість осіб із вперше встановленим діагнозом туберкульозу, у тому числі органів дихання (на 100 тис.населення); –Кількість померлих від туберкульозу (на 100 тис. населення).

Важливим в розвитку системи охорони здоров'я в період забезпечення сталого розвитку є чітке виділення та формування чинників і принципів розвитку сфери на різних її рівнях (рис. 2.1).

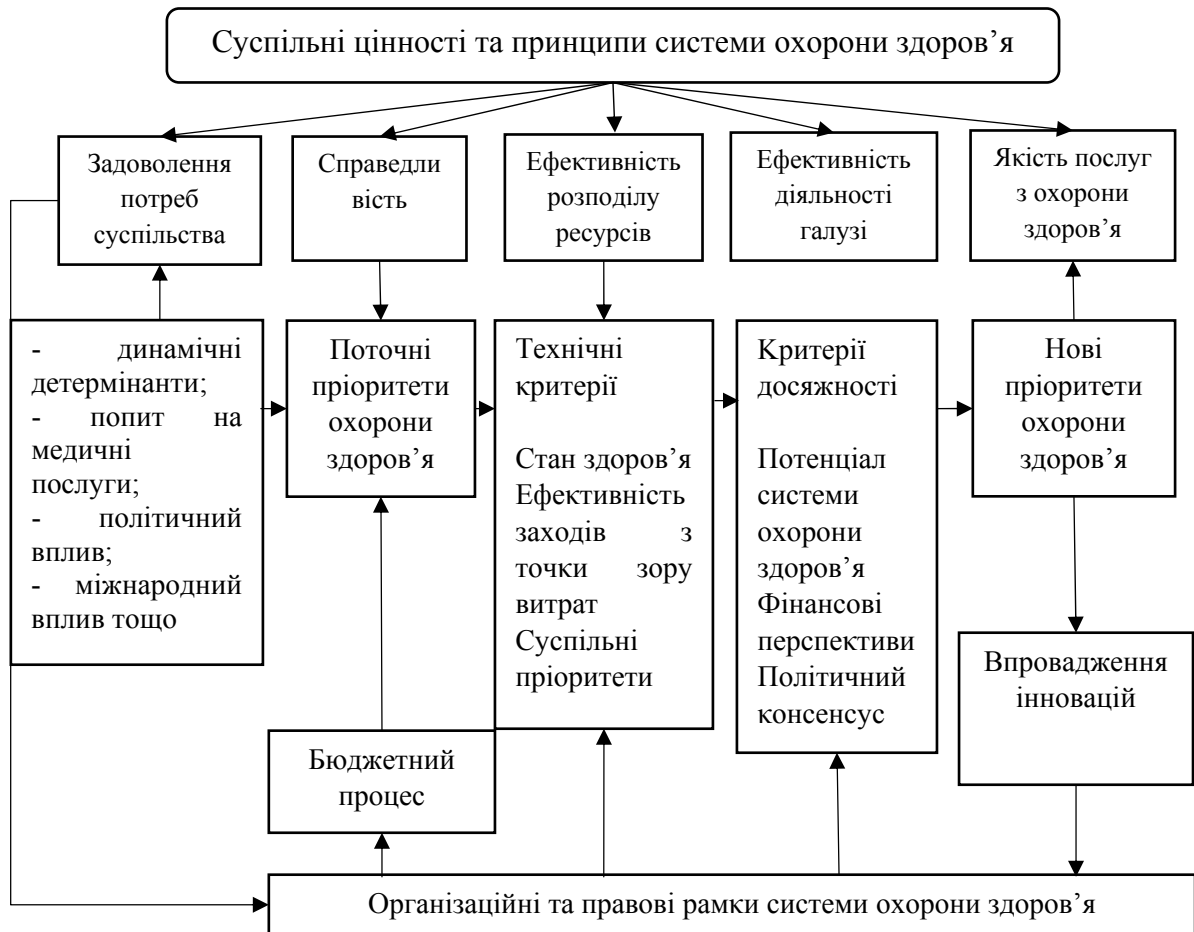


Рисунок 2.1 – Основні чинники розвитку системи охорони здоров'я на національному рівні [28]

У процесі державного управління все більшу роль у збереженні та зміцненні суспільного здоров'я відіграє система місцевого самоврядування. У Законі України «Про місцеве самоврядування в Україні» [29] записано, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у цій сфері входить управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, медичного обслуговування в закладах освіти, культури, фізкультури та спорту, оздоровчих установах;

забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація з підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення ліками та виробами медичного призначення; реєстрація згідно законодавством статутів (положень), розміщених на відповідній території установ охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій у відповідні органи щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [30]. Але дана система не є ефективною, тому що сучасна модель управління не сприяє організації вивчення причин захворюваності, впливу зовнішніх факторів на здоров'я людей, організації міжсекторальної взаємодії.

Оптимальне функціонування людиноцентричної системи охорони здоров'я, орієнтованої на гуманістичні цінності та нинішні суспільні запити у відповідних послугах, обумовлює здатність системи на високому рівні виконувати функції з медичного обслуговування населення та становлення в суспільстві ціннісних настанов на здоровий спосіб життя та індивідуальну відповідальність за збереження власного здоров'я (табл. 2.2).

Визначальною економічною характеристикою функціонування сфери охорони здоров'я є її ефективність. Серед показників ефективності охорони здоров'я доцільно виділяти такі, що характеризують зовнішній ефект (соціальний та економічний) і внутрішній (медичний).

Соціальний ефект знаходить своє вираження в поліпшенні здоров'я людей та збільшенні тривалості життя.

Економічний ефект проявляється у збереженні робочого часу, підвищенні продуктивності суспільної праці. Показниками при цьому можуть бути передчасна смерть і відповідні втрати виробленого продукту; число збережених життів у працездатному віці, інвалідність та її динаміка.

Таблиця 2.2 – Основні види, обсяги та суб'єкти надання медичної допомоги в Україні[31]

Вид допомоги	Об'єм лікувально-профілактичної допомоги	Ким надається
Перша (невідкладна) медична допомога	• медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу в повному обсязі хворому (згідно із стандартами надання допомоги в невідкладних станах); • підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу.	• службою швидкої / невідкладної медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат; • співробітниками міліції, пожежної охорони, аварійних служб; • водіями транспортних засобів та представниками інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.
Первинна лікувально-профілактична допомога	• консультація лікаря; • проста діагностика і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь; • профілактичні заходи; • направлення пацієнта на надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги	• поліклініками переважно за територіальною ознакою • сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики
Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога	• забезпечення більш кваліфікованого консультування, діагностики, профілактики і лікування.	• лікарнями, диспансерами; • лікарями, які мають відповідну спеціалізацію.
Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога	• лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування; • з метою встановлення діагнозу і проведення лікування.	• клініками науково-дослідних інститутів, спеціалізованими лікарнями; • лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для

		діагностики і лікування захворювань.
--	--	--------------------------------------

Таблиця 2.3 – Схема аналізу ефективності системи охорони здоров'я [32]

Ефект	Система охорони здоров'я	Окремі проекти, заходи (на прикладі диспансеризації)	Діяльність медичних закладів (на прикладі лікарні)
Соціальний	- Тривалість життя - Кількість збережених життів - Народжуваність - Смертність - Природний приріст	- Тривалість життя - Летальність - Смертність за окремими віковими та професійними групами	- Захворюваність, інвалідність і смертність населення в районі обслуговування
Економічний	- Передчасна смертність - Інвалідність - Залишкова працездатність - Вартість додатково виробленого продукту - Відновлення трудових ресурсів - Витрати на охорону здоров'я	- Передчасна смертність у групах диспансеризованих - Інвалідність - Залишкова працездатність - Вартість додатково виробленого продукту - Витрати на програму	- Працездатність - Інвалідність - Показники використання матеріально-технічних ресурсів - Витрати - Показники рентабельності
Медичний	- «Індекс здоров'я» - Рівень захворюваності по окремих нозологічних групах - Фізичний розвиток - Якість медичної допомоги	- Кількість загострень хронічних захворювань - Кількість ускладнень, виявлених у результаті диспансеризації - Кількість захворювань, що перейшли у диспансеризованих у хронічну форму	- «Індекс здоров'я» в районі обслуговування - Динаміка рівня окремих захворювань - Забезпеченість медичною допомогою

Медичний ефект характеризується рівнем захворюваності, його динамікою, якістю медичної допомоги та ін. Враховуючи тривекторність ефективності системи охорони здоров'я, необхідно визначити

мінімальнооднакові вимоги до управління системою охорони здоров'я задля досягнення сталого розвитку в даній сфері (табл. 2.3).

Значення індексу здоров'я для України за 2018 рік становить 61,6, стосовно Одеського регіону – 62,3. У таблиці 2.4 представлена динаміка змін складників «індексу здоров'я» Одеського регіону. Із наведених даних можна побачити, що відбувається поступовий ріст як самих складників, такі «індекса здоров'я», це пояснюється тим, що реформи, які відбуваються в сфері охорони здоров'я шляхом імплементації політики сталого розвитку, значно ефективніше функціонують в сучасних реаліях суспільного життя.

Таблиця 2.4 - Значення індексу здоров'я для одеського регіону та України [2]

Показник	2016	2017	2018	Україна 2018
Задоволені дільничним терапевтом / сімейним лікарем	73%	65%	71%	76%
Задоволені медичною допомогою в стаціонарі	55%	40%	57%	56%
Зверталися до лікаря в останньому випадку хвороби	59%	74%	73%	71%
Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс.	36%	58%	52%	59%
Витрати на ліки протягом останніх 30 днів (грн.)	642	530	561	572
Відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс.	53%	57%	63%	76%
Невідмовлялися від вакцинації для своїх дітей	84%	81%	81%	78%
Знають хоча б два симптоми інсульту	72%	65%	71%	54%
Оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий	50%	51%	55%	48%
Не мають надлишкової ваги або ожиріння	41%	48%	38%	47%
Вимірювали тиск протягом останнього року	-	79.4%	-	-
Індекс здоров'я	58,1%	59,9%	62,3%	61,6%

Орієнтація на міжнародні стандарти функціонування медичної сфери та впровадження сталого розвитку повинна мати пріоритетний характер для національної системи охорони здоров'я, це в свою чергу, забезпечить високу якість та доступність медичних послуг, розширить географію обслуговування та дасть можливість сфері вийти на якісно новий рівень свого розвитку та досягти цілей сталого розвитку.

2.3 Здоров'я людей як ціль сталого розвитку

Здоров'я – це універсальна цінність людства. Покращення стану здоров'я населення є головною турботою суспільства, яке прагне до благополуччя та сталого розвитку.

Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці є однією із 17 цілей сталого розвитку, що були затверджені на Саміті ООН зі сталого розвитку у 2015 році. 15 вересня 2017 року - Уряд України представив Національну доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна»[33], яка визначає базові показники для досягнення Цілей сталого розвитку, в тому числі і ціль номер три «Міцне здоров'я і благополуччя» (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Заданнята індикатори цілі «Міцне здоров'я і благополуччя» [33]

Завдання	Індикатор .	2015	2020	2025	2030
1.Знизити материнську смертність	1.1.Кількість випадків материнської смерті, на 100 000 живонароджених	12,0	11,8	11,4	11,2
2. Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років	2.1. Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених	9,3	8,5	7,5	6-7
3. Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних	3.1. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, на 100 000 населення	37,2	30,9	24,8	20,6

практик та засобів лікування	3.2 Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, на 100 000 населення	56,0	51,7	45,4	32,9
------------------------------	---	------	------	------	------

Продовження таблиці 2.5

4. Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань	4.1. Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку	64,0	56,2	50,1	45,0
	4.2. Кількість смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	28,9	25,5	23,1	22,0
	4.3. Кількість смертей від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	26,3	23,0	20,0	18,3
	4.4. Кількість смертей від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	12,2	10,1	9,8	9,5
5. Знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок упровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань	5.1. Ймовірність померти в 20–64 роки, чоловіки, ‰	389	360	330	290
	5.2. Ймовірність померти в 20–64 роки, жінки, ‰	155	150	140	130

6. Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних	6.1. Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків, на 100 000 населення	12,6	11,0	11-10	10-9
--	---	------	------	-------	------

Продовження таблиці 2.5

практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих унаслідок ДТП	6.2. Кількість отриманих тяжких травм унаслідок транспортних нещасних випадків/ДТП, на 100 000 населення, % до рівня 2015 року	100	70	60	50
7. Забезпечити загальну якісну імунізацію населення з віко	7.1. Рівень охоплення імунопрофілактикою згідно з Національним календарем щеплень (відповідно до медичних показань), %	50	95	95	95-98
8. Знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння	8.1. Частка осіб, які курять, серед жінок віком 16–29 років, %	5,0	4,5	4,0	4,0
	8.2. Частка осіб, які курять, серед чоловіків віком 16–29 років, %	31,4	27,0	23,0	20,0
9. Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я	9.1. Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %	45,3	40,0	35,0	30,0

Для встановлення стратегічних рамок національного розвитку України на період до 2030 року на засадах принципу «Нікого не залишити осторонь»

було започатковано інклюзивний процес адаптації Цілей Сталого Розвитку. Динаміка змін індикаторів цілі представлена на рисунку 2.2.

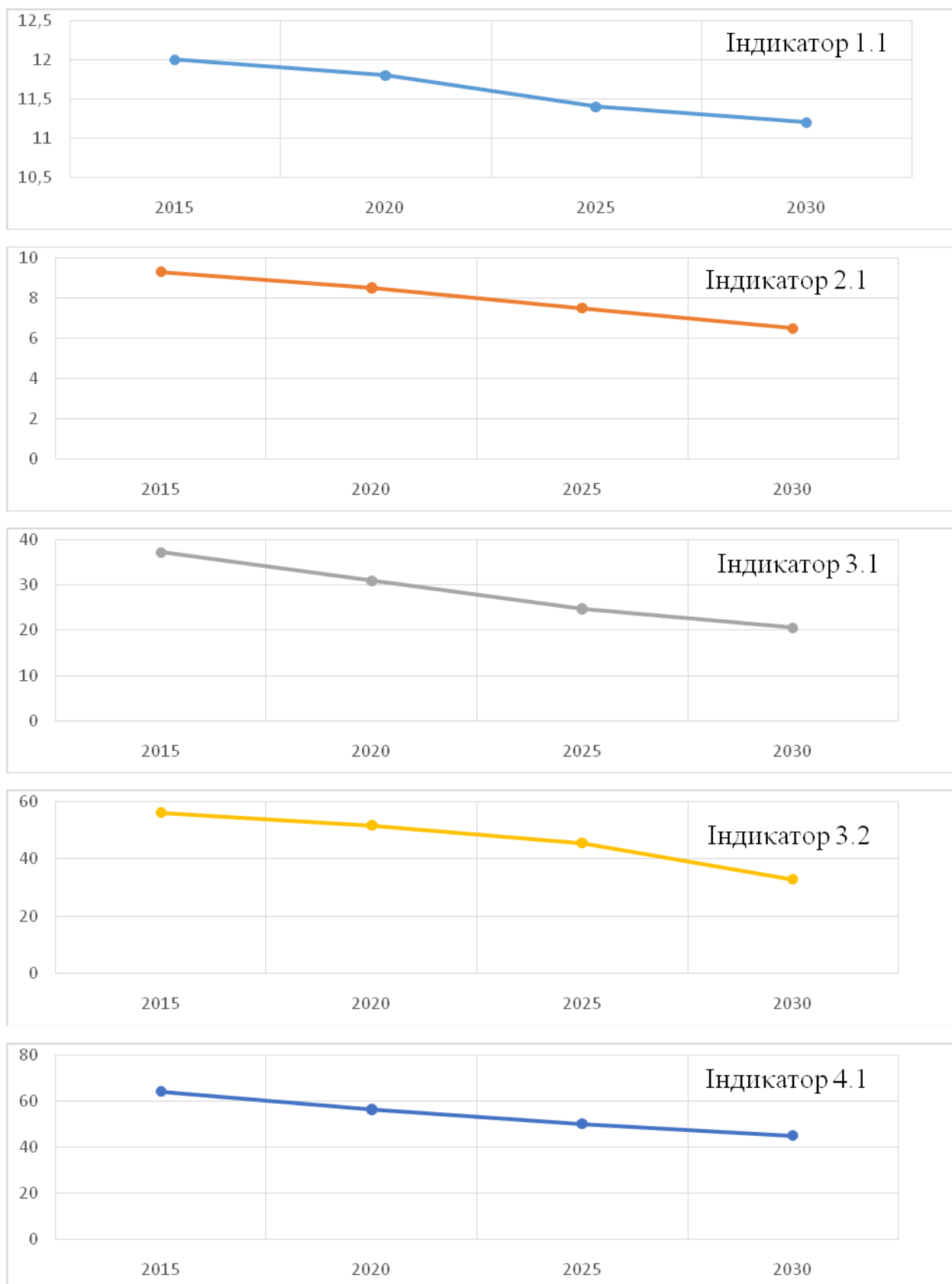
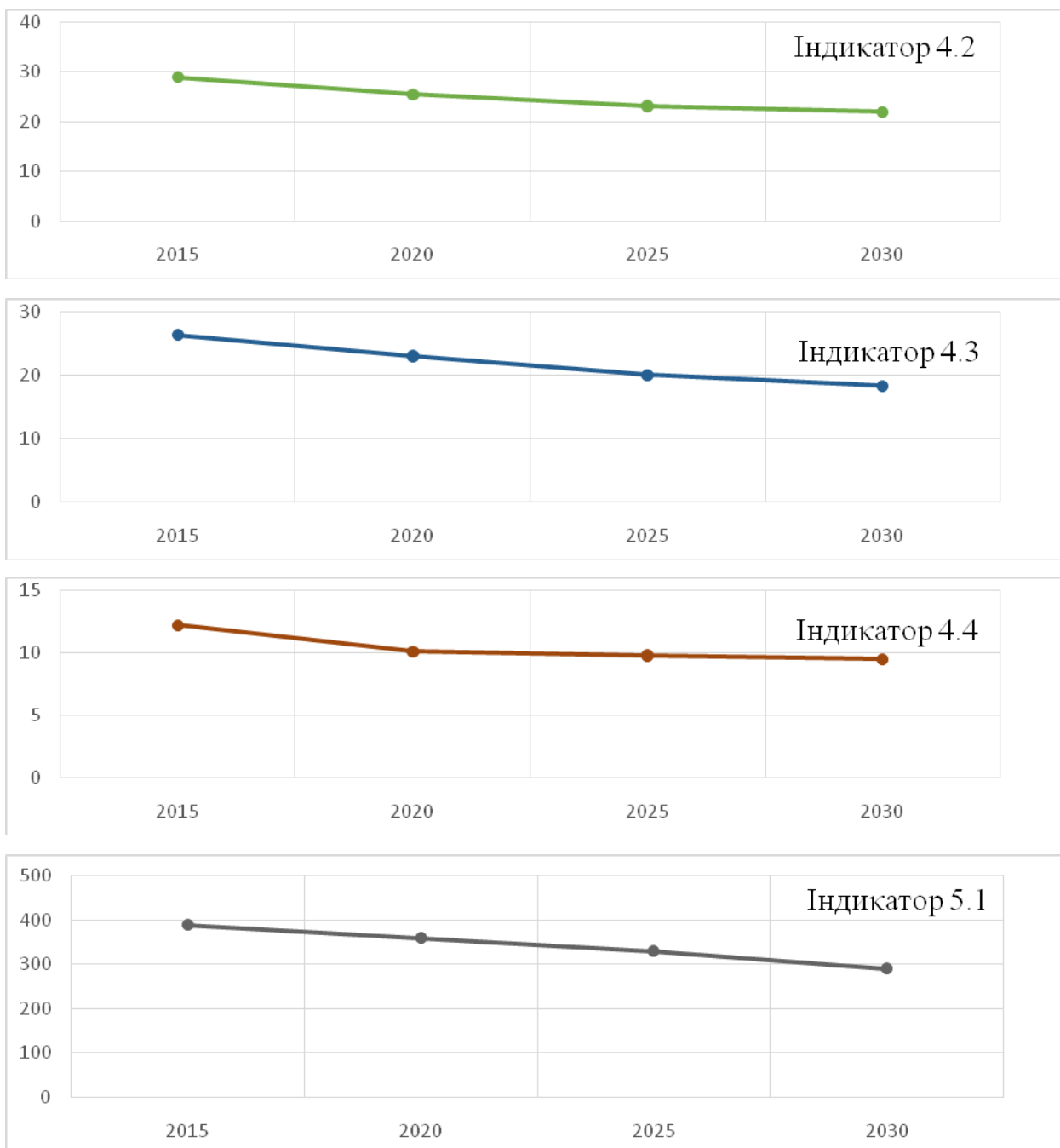


Рисунок 2.2 – Динаміка цільових значень індикаторів

Рисунок 2.2, аркуш 2



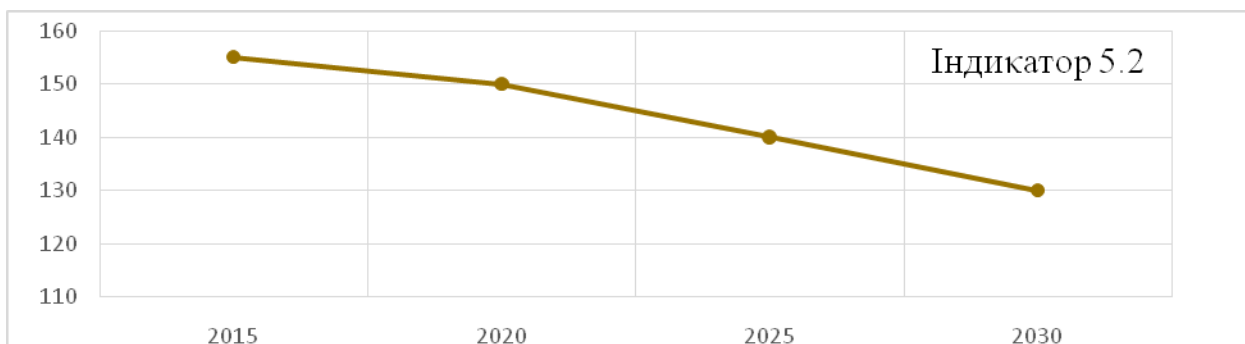
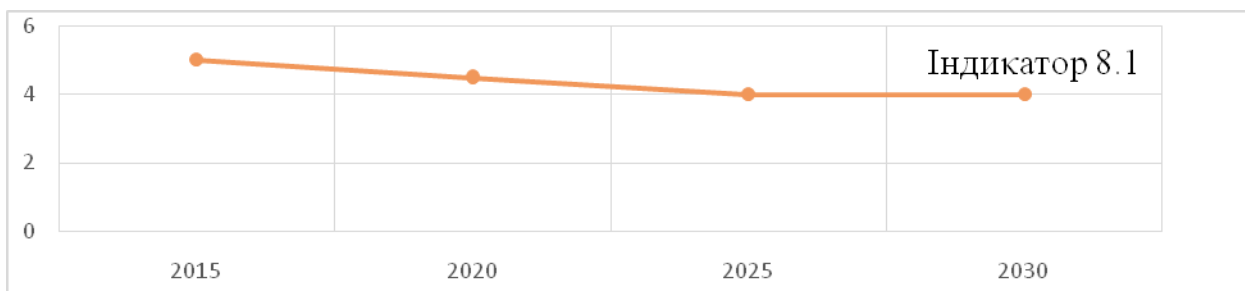
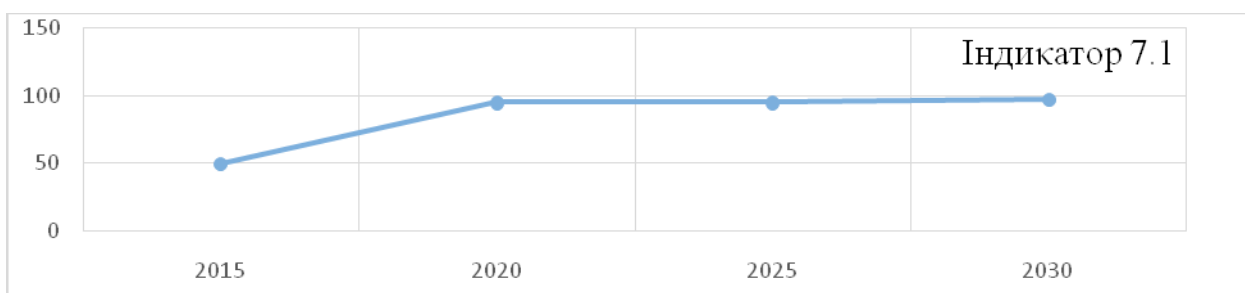
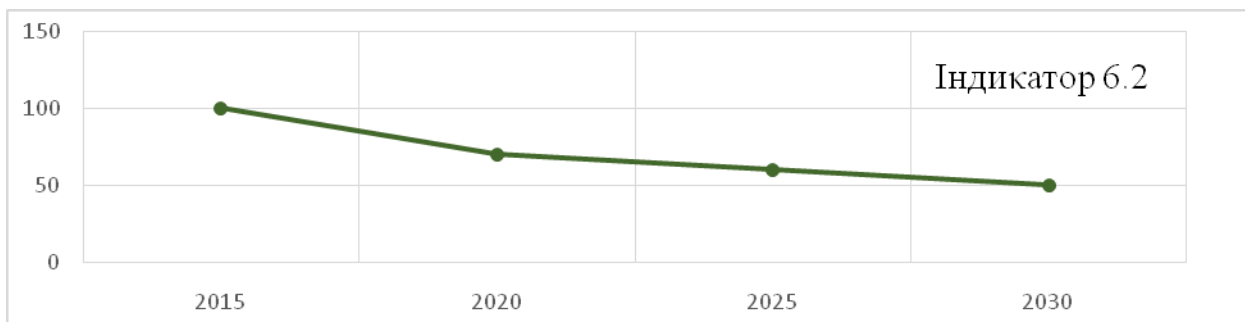
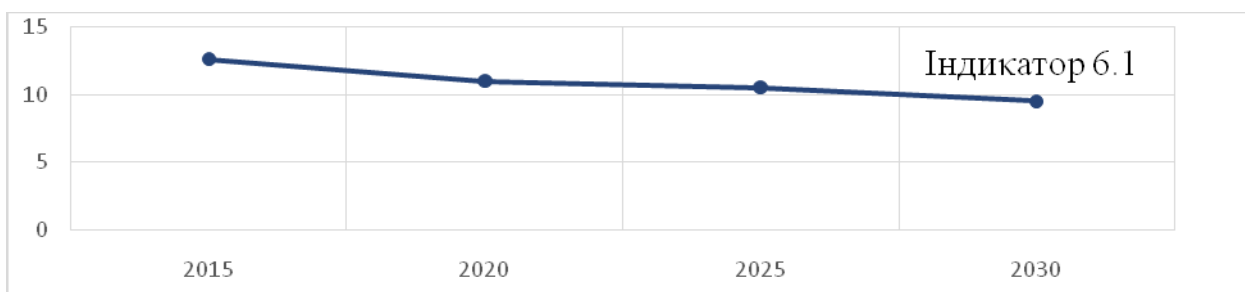
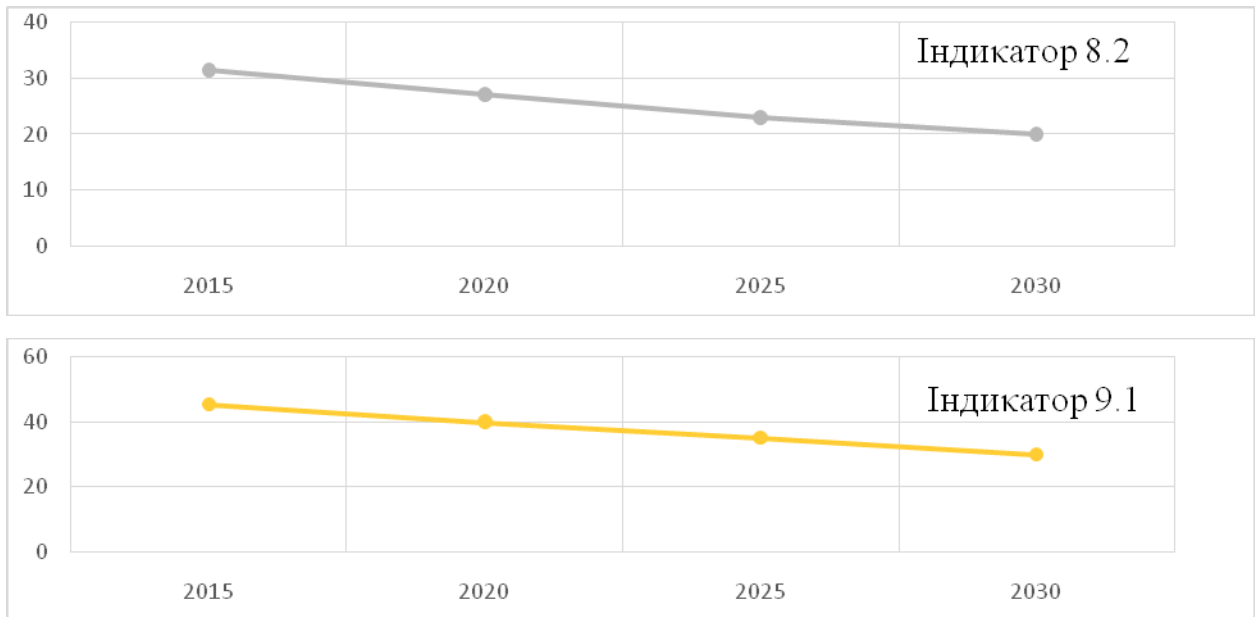


Рисунок 2.2, аркуш 3





В Україні гострою соціальною проблемою залишається високий рівень передчасної смертності, особливо чоловіків, що спричинює на 12–14 років нижчу порівняно з розвиненими країнами тривалість життя. З кожної тисячі 20-річних юнаків до 65-річного віку не доживають 389 (на 200 більше, ніж у Польщі). Найбільш разючі відмінності спостерігаються у молодому і середньому віці й переважно від причин, які можна попередити: понад половину смертей чоловіків віком 20-64 роки можна уникнути. Не скорочується 10-річний розрив між тривалістю життя чоловіків і жінок, що вдвічі перевищує аналогічний показник у розвинених країнах.

Основними проблемними питаннями репродуктивного здоров'я в країні є материнська смертність та смертність немовлят, високий рівень абортів, ускладнень вагітності та пологів, невиношування вагітності, поширеність жіночої та чоловічої безплідності, зростання онкологічної патології у молодому віці.

Від 2000 року в Україні спостерігається спадна динаміка рівнів дитячої та материнської смертності, проте вони все ще не відповідають середньоєвропейським значенням. Головною причиною є відносно висока смертність дітей унаслідок зовнішніх причин (у 2015 році це майже кожна третя смерть у віці від одного до п'яти років).

Рівень захворюваності на ВІЛ та туберкульоз свідчить, що країна залишається неблагополучною у цьому відношенні. Україна має один з найвищих показників ВІЛ-інфекції в Європі. За оціночними даними на початок 2016 року, в Україні мешкало 220000 ВІЛ-інфікованих осіб, із яких під медичним наглядом перебуває 130000 громадян. Майже половину з ВІЛ-інфікованих становлять жінки, 88% яких перебувають у репродуктивному віці. Понад 50% нових випадків ВІЛ-інфекції діагностується разом зі СНІДом, що зумовлено пізнім зверненням за медичною допомогою. На законодавчому рівні в Україні гарантовано доступність і якість медичного обстеження, спостереження, надання психосоціальних, юридичних та медичних консультацій, медичну допомогу й медикаментозне забезпечення, соціальний та правовий захист, недопущення будь-яких форм дискримінації у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним із факторів, що спричиняють поширення епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Найвищий рівень поширення ВІЛ доконфлікту, який розпочався у 2014 році, спостерігався на сході країни. Конфлікт, що триває, підвищує ризики передачі ВІЛ-інфекції та її неконтрольованого поширення [34].

Імовірність смерті від чотирьох основних неінфекційних захворювань населення віком від 30 до 70 років становить 28%, причому в найближчі десятиліття поширеність неінфекційних захворювань та зумовлена ними смертність зростатимуть, у тому числі через старіння. В Україні інсульты спричиняють смерть осіб віком 30-44 роки у шість разів частіше, ніж у Швеції, а осіб віком 45-59 років – майже у вісім. Смертність жінок віком 45-59 років від раку шийки матки, який відносно легко і недорого можна діагностувати та вилікувати при ранньому виявленні, майже у п'ять разів вища, ніж у Швеції. Ефективні дії з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями можуть врятувати тисячі життів, підвищити продуктивність праці, зменшити витрати на медичну допомогу.

Смерті та травми в ДТП – це втрати життя і здоров'я, які можна попередити. У 2015 році три чверті українців, загиблих у ДТП, були у працездатному віці (37,2% – у віці 14-35 років). Ризик загинути в результаті транспортного нещасного випадку у країнах з низьким і середнім рівнем доходу у 1,4 раза вищий, ніж у розвинених країнах Європи, причому 43% тих, хто гине, – пішоходи, мотоциклісти і велосипедисти, тобто уразливі учасники дорожнього руху. В Україні у 2015 році практично кожна друга смерть у результаті транспортного нещасного випадку – це смерть пішохода.

Надзвичайно важливим для України є забезпечення доступності якісної та ефективної медичної допомоги широкому загалу населення. На жаль, загальне зниження рівня життя та зростання масштабів бідності спричинило погіршення доступності медичної допомоги, насамперед через високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. Зокрема, 24% домогосподарств не мали можливості придбати необхідні, але занадто дорогі ліки.

Необхідною передумовою покращання здоров'я населення є забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, зокрема імунопрофілактики. Таке масове втручання має здійснюватися і контролюватися державою. З огляду на проблеми останніх років, наявність доступних і ефективних вакцин та своєчасне проведення щеплень з дотриманням Національного календаря профілактичних щеплень є одним із найважливіших завдань. У минулі роки, коли завдяки проведенню ефективної роботи з імунопрофілактики показник охоплення щепленнями населення становив 97-99%, було досягнуто достатньо напружений рівень популяційного імунітету, що сприяло стримуванню розповсюдження інфекційних хвороб.

Поширеність серед населення тютюнокуріння (фактора ризику низки неінфекційних захворювань, першого за значущістю серед основних факторів ризику для України) залишається значною. Зменшення частки курців забезпечить зниження втрат життя і здоров'я, спричинених як

активним курінням, так і впливом тютюнового диму. Проте моніторинг цього індикатора ускладнено через брак репрезентативних опитувань за однаковою методологією, результати яких можна порівнювати в динаміці [33].

Для досягнення цілей доцільно рекомендувати:

- створення законодавчої бази для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я, яка базуватиметься на принципах соціальної відповідальності, прозорості та соціально-економічної обґрунтованості;
- запровадження моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;
- імплементація програми протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу;
- забезпечення неухильного виконання програм імунопрофілактики з дотриманням Національного календаря профілактичних щеплень;
- розроблення та реалізація комплексної програми транспортної безпеки, яка має передбачати жорсткий контроль безпеки дорожнього руху та транспортних засобів, підвищення якості доріг, проведення навчальної та інформаційної роботи з попередження порушень, пов'язаних з дорожнім рухом та транспортним сполученням;
- поширення знань та практик щодо здорового способу життя та відповідальної самозбережувальної поведінки, насамперед серед дітей та молоді.

РОЗДІЛ З АНАЛІЗ МІЖНАРОДНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ З ПРАВ ЛЮДИНИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ РОЗВИТКУ

3.1 Поняття права людинина здоров'я в міжнародному праві, становлення та розвиток

Основним напрямком державної політики в реформуванні суспільних відносин в Україні є європейська інтеграція, тобто досягнення європейських міжнародно-правових стандартів у всіх сферах суспільного життя.

Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я – це зафіксовані міжнародно-правовими актами принципи й норми, які визначають зміни й обсяг прав людини у сфері охорони здоров'я і слугують юридичними нормами для національної політики у цій сфері.

Ознаки стандартів у сфері охорони здоров'я є:

- обґрунтованість з наукової, практичної і технічної точки зору;
- реальність, тобто визначеність обсягу медичної допомоги, конкретність вимог до якості медичного обслуговування з урахуванням реального стану галузі, а саме фінансового і кадрового забезпечення, матеріального-технічного ресурсу, освітнього рівня фахівців тощо;
- надійність, тобто відповідність принципам науково обґрунтованої медичної практики і узгодженість з думкою більшості висококваліфікованих лікарів;
- чіткість, конкретність і зрозумілість визначень;
- актуальність, якої можна досягти шляхом періодичного аналізу та перегляду раніше встановлених стандартів, вироблення механізму забезпечення або стимулювання виконання чинних стандартів [13].

Стандарти в охороні здоров'я визначають, як і що діагностувати або лікувати, як організувати профілактичний огляд, яким повинен бути результат тощо.

Основною метою розробки стандартів в охороні здоров'я є:

- 1) охорона і зміцнення здоров'я населення;
- 2) захист прав людини (пацієнта);
- 3) поліпшення якості життя суспільства за допомогою вдосконалення діяльності служб охорони здоров'я;
- 4) розробка законів у сфері охорони здоров'я;
- 5) забезпечення соціального прогресу [13].

На основі аналізу міжнародно-правових актів, структурними елементами права людини на охорону здоров'я як загальносоціального права людини є такі можливості:

- 1) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, необхідний для підтримання здоров'я;
- 2) заборона катування чи жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання, зокрема, особу не можна без її вільної згоди піддавати медичним чи науковим досліддам;
- 3) забезпечення зниження рівня мертвонароджуваності та дитячої смерті й здорового розвитку дитини;
- 4) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці у промисловості;
- 5) запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьба з ними;
- 6) медична допомога;
- 7) консультативні і просвітницькі послуги;
- 8) справедливі й сприятливі, безпечні та здорові умови праці;
- 9) охорона материнства;
- 10) захист дітей і молоді у сфері охорони здоров'я [35].

Джерелами, які визначають міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я є документи, видані Організацією Об'єднаних Націй, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці, Радою Європи і Європейським Союзом, Всесвітньою і Європейською медичними асоціаціями.

Основними з тих, що безпосередньо стосуються прав людини і охорони здоров'я, є такі:

- Міжнародна хартія прав людини, яка складається з п'яти документів: Загальної декларації прав людини (1948 р.), Міжнародного пакту про громадянські і політичні права (1966 р.), Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.), Факультативного протоколу до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права (1966 р.) і Другого факультативного протоколу про відміну смертної кари;

- Конвенція про захист прав людини і основних свобод (1950 р.);
- Конвенція про права дитини (1989 р.);
- Європейська соціальна хартія (1961 р.);
- Європейський кодекс соціального забезпечення (1964 р., переглянутий

1990 року);

- Декларація про розвиток прав пацієнтів у Європі (1994 р.);
- Конвенція про права людини і біомедицину (1997 р.).

Міжнародні документи проохорону здоров'я (переважно Всесвітньої медичної асоціації, створеної у 1947 р.):

- Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації у 1948 р., із змінами і доповненнями 1968, 1983, 1994 рр.;

- Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації, прийнята в 1949 р., із змінами і доповненнями 1968 і 1983 рр., орієнтована на випускників медичних вишів – майбутніх лікарів.

- Рекомендації для лікарів, що проводять біомедичні дослідження на людині (1964 р.);
- Лісабонська декларація про права пацієнтів (1981 р.);
- Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я (1983 р.);
- Рекомендації з надання медичної допомоги у сільській місцевості (1983 р.);
- Заява про використання психотропних засобів і зловживання ними (1983 р.);
- Заява про використання протипіхотних засобів і зловживання ними (1983 р.);
- Заява про свободу контактів між лікарями (1984 р.);
- Декларація з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985 р.);
- Заява про торгівлю живими органами (1985 р.);
- Декларація про незалежність і професійну свободу лікаря (1986 р.);
- Заява про підготовку медичних кадрів (1986 р.);
- Декларація щодо евтаназії (1987 р.)
- Декларація щодо трансплантації людських органів (1987 р.);
- Мадридська декларація про професійну автономію і самоуправління лікарів (1987 р.);
- Декларація про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих (1990 р.);
- Заява про політику у сфері лікування смертельно хворих пацієнтів, які терплять хронічний біль (1990 р.);
- Заява про недбале ставлення лікарів до своїх обов'язків (1992 р.);
- Заява про професійну відповідальність за якість медичного обслуговування (1996 р.) [35].

Аналіз існуючих міжнародно-правових джерел в галузі медицини та охорони здоров'я дозволяє виділити кілька суміжних понять, що

використовуються найчастіше: «право на здоров'я», «право на охорону здоров'я», «право на захист здоров'я», «турбота про здоров'я», «право на медичну допомогу», «право на найвищий досяжний рівень здоров'я».

Основний міжнародно-правовий документ в галузі охорони здоров'я (Статут ВООЗ [36]) говорять про «право на найвищий досяжний рівень здоров'я». Тим часом, прихильники використання терміна «право на охорону здоров'я» обґрунтовують свою позицію тим, що право на здоров'я не підлягає судовому захисту. Тривалий час ведуться дискусії щодо захисту права на здоров'я, однак очевидно, що здоров'я не може бути гарантоване кожному, відповідно і право на здоров'я не може бути правом, забезпеченим судовим захистом. Найбільш точним є термін «право на охорону здоров'я», що не виключає можливості використання і терміна «право на здоров'я», як прийнятого в міжнародно-правових документах універсального характеру.

Поняття здоров'я, прийняте Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яке трактує його як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів» [36]. У Статуті ВООЗ проголошено принцип, згідно з яким володіння найвищим рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної людини.

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

Міжнародні угоди, які захищають права людини, визначають право на охорону здоров'я одним із невід'ємних соціально-економічних прав, враховуючи вирішальне його значення для благополуччя і гідності людей.

Зміст права на охорону здоров'я не завжди піддається чіткому визначенню. На міжнародному рівні більш широкого поширення одержав термін «право на здоров'я», цей термін повніше розкриває суть міжнародних угод з прав людини і допомагає усвідомити, що містить у собі не лише право на охорону здоров'я, але й право на ряд умов, у тому числі і соціально-економічних, без яких здоров'я є неможливим [35].

Виділяють три рівні закріплення права на охорону здоров'я: універсальний, регіональний і спеціалізований. Універсальні нормативно-правові акти мають, здебільшого, декларативний характер і виступають як рекомендації для світової спільноти. До них відноситься Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Декларація про права інвалідів, Декларація про права розумово відсталих осіб тощо. Вказані документи накладають юридичні обов'язки на держави-учасниці щодо вжиття необхідних законодавчих і адміністративних заходів для здійснення закріплених у них прав. Держави, які затвердили дані Пакти і декларації, зобов'язані забезпечити соціально-економічні і культурні права для своїх громадян хоча б у мінімальній мірі, незалежно від рівня економічного розвитку.

Нормативно-правові акти регіонального рівня є обов'язковими для країн-учасниць даної організації. Виходячи з традицій, особливостей, рівня розвитку певної групи країн, вказані регіональні правові стандарти можуть бути більш широкими чи більш конкретними, порівняно з універсальними і повинні мати свій політико-правовий механізм реалізації.

Третій рівень міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я включає спеціалізовані, прийняті спеціально створеною організацією документи. До них відносяться, зокрема, Конвенції і рекомендації Міжнародної організації праці, які стосуються медичної

допомоги, допомоги при хворобі, праці дітей, матерів, інвалідів. Метою цих документів є класифікація працівників за певними категоріями і визначення стандартів трудової діяльності, які не впливають негативно на здоров'я [35].

Особливе значення для регламентації права на охорону здоров'я має нормативно-правова база Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці, Ради Європи, Європейського Союзу та інших організацій, присвячених правам людини, що так чи інакше стосуються різних аспектів здоров'я, а також і тих, що спеціально розроблені, прийняті і відбивають проблеми здоров'я саме в контексті прав людини.

Важливим етапом на шляху визнання здоров'я як одного із соціально-економічних і культурних прав людини можна вважати Конференцію з міжнародного устрою, що проходила під егідою ООН у Сан-Франциско 1945 р. В статтю 55 Статуту ООН було внесено положення, згідно з яким ООН повинна сприяти вирішенню міжнародних економічних і соціальних проблем, а також проблем, пов'язаних із здоров'ям [37].

Правонаступницею Міжнародної організації громадського здоров'я стала Всесвітня організація охорони здоров'я, створена у 1946 р. Утворення ВООЗ було новим вагомим кроком у справі формування сучасного ефективного правового поля з питань охорони здоров'я. У Статуті ВООЗ міститься формулювання права на здоров'я та принципи, які є обов'язковими для дотримання державами-учасниками. Зокрема, в ньому вказується, що доступність найвищих можливих стандартів здоров'я є невід'ємним правом кожної людини, незалежно від раси, віросповідання, політичних переконань, матеріального або соціального статусу в суспільстві. Підкреслюється, що нерівність розвитку окремих країн у справі захисту здоров'я і контролю за інфекційними захворюваннями є загрозою усьому світовому співтовариству, а здоров'я є суттєвим чинником дотримання основних прав людини і, навіть, гарантом особистої та державної безпеки [36].

Закладені у Статуті ВООЗ визначення та положення стали базовими для розвитку правових основ охорони здоров'я у багатьох документах міжнародного та національного рівнів, у тому числі, в актах європейського законодавства.

Загальна декларація прав людини прийнята спеціальною резолюцією Генеральної асамблеї ООН 1948 р. Вона відіграла вирішальну роль в утвердженні права на здоров'я як одного з соціальних прав людини у міжнародному і європейському законодавствах [3].

Стаття 3 цього документу проголошує, що кожна людина має право на життя, свободу і особисту недоторканність. У статті 25 вказується, що кожна людина має право на такий рівень життя, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для забезпечення здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, а також право на забезпечення у разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від людини обставини.

У процесі формування політики охорони здоров'я право на здоров'я розглядається як найважливіше право. Проте підхід до питань охорони здоров'я з позицій забезпечення прав людини відноситься також до інших прав, норм і принципів, більшість з яких викладено у Загальній декларації прав людини. Питання охорони здоров'я і прав людини є тісно взаємопов'язаними. На здоров'я впливають різні соціальні, економічні, культурні, політичні та інші чинники.

Забезпечення права на здоров'я передбачає реалізацію інших прав людини. У їхньому взаємозв'язку можна виділити три складники. По-перше, прямі порушення цих прав можуть завдавати безпосереднього, часто важкого збитку для здоров'я людини. По-друге, побічні порушення прав людини можуть бути пов'язані як з конкретними стратегіями і програмами охорони здоров'я населення, так і з методами їх реалізації. По-третє, прямо чи опосередковано здоров'я є важливою передумовою забезпечення більшості

інших прав людини, визнаних в міжнародних угодах. Коли здоров'я порушено, людям може бути важко реалізувати своє право функціонувати в якості повноцінних членів суспільства [38].

При вивченні такої важливої проблеми, як право на охорону здоров'я, слід також враховувати деякі інші дуже важливі міжнародні документи так званого галузевого значення. Зокрема, Конвенція про туземні і племінні народи незалежних країн (1989 р.) Міжнародної організації праці встановлює право на охорону здоров'я для таких народів за наступною формулою: «Уряди повинні забезпечити належне медичне обслуговування для цієї частини громадян або забезпечувати їх засобами, що дозволяють їм організовувати, планувати і контролювати таке обслуговування на свій розсуд для того, щоб вони були якомога ближчими до щонайвищого досяжного рівня здоров'я».

Питання змісту права на здоров'я та його охорону багаторазово піднімалося на міжнародних конференціях. У результаті широкого обговорення цієї проблеми було прийнято ряд декларацій і резолюцій стосовно права на здоров'я і його реалізації. Зокрема Всесвітня конференція з прав людини, проведена у Відні в 1993 р., прийняла Віденську декларацію, присвячену взаємозалежності усіх прав людини, з посиланнями на право на медичну допомогу, охорону здоров'я жінок і дітей, створення максимально ефективних засобів для фізичної, психологічної і соціальної реабілітації жертв тортур.

Право на здоров'я жіночого населення стало предметом розгляду Четвертої всесвітньої жіночої конференції, яка пройшла у Пекіні в 1995 р. У Резолюції, прийнятій конференцією, визначалися цілі щодо забезпечення рівного ставлення до жінок і чоловіків при наданні медичної допомоги, забезпечення рівного доступу до медичних служб, поліпшення репродуктивного здоров'я і просвіти.

Видатною подією міжнародного рівня є Самміт Тисячоліття і виступ на ньому з доповіддю: «Ми, народи» Генерального секретаря ООН Кофі

Аннана. У доповіді йде мова про надію більшості людей на триваліше життя, прокращу захищеність і краще здоров'я. Розглядаються проблеми відомих давно і нових хвороб, що стоять на шляху розвитку суспільства. Визначено пріоритетні цілі і завдання, у т.ч. сприяння охороні здоров'я, боротьба з ВІЛ/СНІДом тощо [39]. На розгляд Самміту було винесено шість загальних цінностей: свобода; рівність і солідарність; терпимість; відмова від насильства; повага до природи і спільна відповідальність. Цілі розвитку Тисячоліття, прийняті на Самміті, включають викорінення крайньої бідності та голоду, досягнення загального рівня початкової освіти, сприяння гендерній рівності, зменшення дитячої смертності, покращення стану здоров'я матерів, боротьба з ВІЛ/СНІДом, малярією та іншими небезпечними інфекційними хворобами, забезпечення сталого розвитку довкілля, глобальне партнерство заради розвитку [40]. Насупниками цих цілей стали Цілі Сталого Розвитку, які були затверджені на Саміті ООН зі сталого розвитку у 2015 році [33]. Вони ухвалені на період від 2015 до 2030 року і нараховують 17 Глобальних цілей, яким відповідають 169 завдань.

3.2 Загальна структура і класифікація прав людини на здоров'я у сфері охорони здоров'я на основі міжнародного права

Одним з основних питань, досліджуваних у рамках медичного права, є нормативно-правове забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності. Від того, наскільки якісною є юридична база щодо прав людини у сфері охорони здоров'я, наскільки кожна окремо взята людина може скористатися наданими їй правами, багато в чому залежить успішний динамічний розвиток як медичного права зокрема, так і держави в цілому. Практика багатьох сучасних країн, та й України також, показує, що можна мати досить ґрунтовне і показове законодавство в галузі прав людини у сфері охорони здоров'я, але це ніяк не відображається на конкретному правовому статусі

окремо взятої особи. Причин тут може бути безліч, але одна з ключових - невирішені проблеми забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності.

Права людини у сфері медичної діяльності — це передбачені міжнародними і внутрішньодержавними нормативно-правовими актами положення, що гарантують людині охорону здоров'я і надання медичної допомоги при виникненні захворювання. Серед міжнародно-правових документів, що містять положення, присвячені правам громадян у сфері медичної діяльності, необхідно виділити Загальну декларацію прав людини, ст. 25 якої проголошує, щокожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, що необхідне для підтримки здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, настання старості або іншого випадку втрати коштів для існування від незалежних від неї обставин[3].

Після розпаду Радянського Союзу у 1991 році, незалежними державами було підписано Хартію соціальних прав і гарантій громадян незалежних держав. Стаття 33 цього документа визначає, що держави гарантують право громадян на безоплатну медичну допомогу в необхідних обсягах, включаючи амбулаторно-поліклінічне обслуговування, у тому числі візити лікаря додому, спеціалізоване обслуговування в лікарнях, поліклініках і поза стінами цих установ; забезпечують потреби населення у лікарських засобах і предметах догляду за хворими, зберігають пільговий порядок забезпечення медикаментами і засобами протезування інвалідів, учасників Великої Вітчизняної війни і прирівняних до них категорій осіб, а також інших категорій громадян відповідно до національного законодавства; сприяють поширенню фізичної культури, туризму та спорту [41].

Враховуючи теоретико-правовий поділ права на об'єктивне (встановлене, гарантоване і забезпечене державою) і суб'єктивне (міра юридично можливої поведінки), важливо усвідомити, що запропоноване вище визначення прав людини у сфері медичної діяльності —

об'єктивне право. Проте необхідно дати визначення суб'єктивного права людини в сфері медичної діяльності, під яким розуміють міру можливої поведінки людини, спрямованої на використання норм права, що містяться у законодавстві про охорону здоров'я.

Правовий статус, як характеристика прав, свобод та обов'язків громадянина в сфері медичної діяльності, характеризується визначеними особливостями. Виділяють кілька видів правових статусів:

1. Загальний правовий статус громадянина в сфері медичної діяльності – це перелік прав, обов'язків і відповідальності, характерний для всіх громадян України. Насамперед, без сумніву, мова йде про норми Конституції України, ст. 49 яка визначає, що кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [4]. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

2. Спеціальний правовий статус людини в сфері медичної діяльності — це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, притаманний окремим категоріям людей (вагітні жінки і матері, неповнолітні, військовослужбовці, громадяни похилого віку, інваліди й ін.).

3. Індивідуальний правовий статус людини в сфері медичної діяльності – це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, властивий конкретному індивідові. Слід зазначити, що індивідуальний правовий статус людини – найбільш динамічний варіант правового статусу, оскільки він залежить від професії, віку, статі людини [28].

Велике значення у справі юридичної регламентації медичної діяльності має забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності. Будь-яке право людини в галузі медицини може бути реалізовано тільки в тому випадку, коли воно додатково забезпечується зрозумілим механізмом. Найкращим варіантом є наявність підзаконного акта, у якому прописаний механізм здійснення конкретного права людини. Загалом забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності є системою організаційно-правових засобів, призначених для реального втілення у життя прав людини, що містяться у

нормативно-правових актах, присвячених регулюванню медичної діяльності. Розрізняють такі напрями забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності:

- нормативно-правовий (створення юридичних документів, що містять механізми реалізації прав громадян);
- організаційний (створення умов, за яких стає можливою реалізація прав громадян);
- фінансово-економічний (збільшення витрат на охорону здоров'я у бюджетах різних рівнів, реалізація цільових програм);
- інформаційний (діяльність засобів масової інформації, спрямована на інформування громадян про свої права).

У залежності від джерела забезпечення, виділяють такі рівні забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності:

- міжнародний;
- загальнодержавний;
- місцевий [28].

Класифікація прав людини у сфері медичної діяльності, що найбільш задовольняє потреби медичного права:

I. Права людини у галузі охорони здоров'я

1. Право на охорону здоров'я.
2. Право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я.
3. Право на медико-санітарну допомогу.

II. Права окремих груп населення у галузі охорони здоров'я

1. Права членів сім'ї.
2. Права вагітних жінок і матерів.
3. Права неповнолітніх.
4. Права військовослужбовців.
5. Права людей похилого віку.
6. Права інвалідів.

7. Права фізичних осіб, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС, що проживають в екологічно несприятливих районах.

8. Права осіб, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі, на одержання медичної допомоги.

III. Права пацієнтів

1. Загальні права пацієнтів.

2. Права пацієнтів в окремих напрямках медичної діяльності (трансплантологія, психіатрія, імунопрофілактика й ін.) [42].

Окрім цього, у літературі пропонується поділ прав у галузі охорони здоров'я за критерієм класифікації – суб'єкт реалізації. Відповідно до нього виділяють основні, спеціальні та особливі права людини у сфері охорони здоров'я.

Першу групу прав становлять основні права, що належать усім людям, закріплені Конституцією України, міжнародними актами, які містять норми, що спрямовані на розвиток людини, захист від неправомірного посягання на її здоров'я, а також його зміцнення. Другу групу становлять спеціальні права людини у сфері охорони здоров'я, яких набувають усі, хто звернувся за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я. У цьому випадку людина набуває статусу "пацієнта" та стає суб'єктом специфічних відносин. Права пацієнта не згруповані в одному джерелі права, а розкидані по різних нормативних актах, як правило, відомчого характеру. Третю групу становлять права, притаманні окремим категоріям фізичних осіб, особливі ознаки яких визначають назву особлива група. Законодавець до таких особливих ознак відносить вік, стан здоров'я, заняття певними видами діяльності, проживання у визначених районах та інші.

У перших двох групах об'єднані права фізичних осіб або окремих груп населення, а в третій представлені права пацієнтів. Це пов'язано з тією обставиною, що людина у розумінні її прав на охорону здоров'я може бути як здоровою, що не потребує медичної допомоги, так і такою, що має певне захворювання, яке обумовлює її звернення у лікувально-профілактичний

заклад. У той же час пацієнт – целюдина, що вже звернулась за діагностичною, лікувальною або профілактичною медичною допомогою.

Міжнародно-правовим стандартом у сфері прав пацієнтів є Європейська хартія прав пацієнтів від 15 листопада 2002 р., яка закріплює чотирнадцять прав пацієнта:

1) на профілактичні заходи, тобто право на відповідні послуги з метою попередити захворювання;

2) на доступність, тобто право на доступність медичних послуг, що необхідні пацієнту за станом здоров'я. Медичні служби повинні гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання чи часу звернення за допомогою;

3) на інформацію, тобто право на отримання будь-якої інформації про свій стан здоров'я, про медичні послуги і способи отримання цих послуг, а також про можливості, що виникають у результаті наукових досліджень і технічного прогресу;

4) на згоду, тобто право на отримання будь-якої інформації, яка дозволить йому активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; ця інформація є обов'язковою попередньою умовою проведення будь-якої процедури і лікування;

5) на свободу вибору, тобто на свободу вибору між різними медичними процедурами і закладами (спеціалістами) на основі адекватної інформації;

6) на приватність і конфіденційність, тобто право на конфіденційність особистої інформації, включаючи інформацію про стан здоров'я і пропоновані діагностичні чи терапевтичні процедури, а також на захист своєї приватності під час проведення діагностичних оглядів, відвідування медичних спеціалістів і в цілому при медичних і хірургічних втручаннях;

7) на повагу до часу пацієнта, тобто право на отримання необхідного лікування без зволікання, протягом наперед обумовленого строку;

8) на дотримання стандартів якості, тобто право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і у чіткій відповідності із стандартами;

9) на безпеку, тобто право на свободу від шкоди, спричиненої неналежним функціонуванням систем охорони здоров'я, недбалістю і помилками медичних працівників, а також право на доступність медичних послуг і лікувальних процедур, що відповідають високим стандартам безпеки;

10) на інновації, тобто право на доступність медичних інновацій, включаючи діагностичні процедури, відповідно до міжнародних стандартів і незалежно від економічних чи фінансових міркувань;

11) на попередження за можливістю страждань і болю, тобто право уникати страждань і болю на кожному етапі свого захворювання;

12) на індивідуальний підхід до лікування, тобто право на діагностичні чи лікувальні програми, максимально адаптовані до його особистих потреб;

13) на подання скарги, тобто право скаржитись й отримувати відповідь чи інший зворотний зв'язок у випадку заподіяння пацієнту шкоди;

14) на компенсацію, тобто право на отримання протягом розумнокороткого строку достатньої компенсації у випадку заподіяння йому фізичної чи моральної і психологічної шкоди діями медичного закладу [43].

3.3 Перспективи розвитку права людини на здоров'я у сфері охорони здоров'я на основі міжнародного права

У сучасному світі держава усвідомлює цінність здоров'я населення та економічну результативність інвестицій в охорону здоров'я. Збереження і розвиток здоров'я громадян як складової людського капіталу є основним імперативом сучасного цивілізаційного прогресу. Це одна із головних

складових національного багатства і рушійної сили суспільного поступу, один із визначальних критеріїв оцінки його рівня.

Стан здоров'я громадян безпосередньо зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві, значною мірою впливає на перспективи її соціально-економічного розвитку. Як зазначають провідні фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, тільки суспільство, що складається із фізично і духовно здорових індивідів із значною тривалістю активного життя, спроможне досягти сталого прогресу в усіх сферах своєї життєдіяльності.

Починаючи з 1991 року, в Україні почались радикальні перетворення в усіх сферах державного і суспільного життя, в тому числі охорони здоров'я. Українська охорона здоров'я потребує докорінних та виважених змін, які необхідно спрямувати на збереження і зміцнення життя й здоров'я населення і створення належних умов для реалізації конституційного права на охорону здоров'я у нашій державі. В умовах формування правової соціальної держави реалізація політики держави, що спрямована на охорону здоров'я населення і реформування системи охорони здоров'я, можлива лише шляхом прийняття належної нормативно-правової бази.

З метою аналізу законодавчого забезпечення охорони здоров'я в Україні доцільно детально розглянути закони, норми яких закріплюють, регулюють і захищають право людини на охорону здоров'я.

Проблеми, з якими зіткнулась Україна на сучасному етапі, – неефективність функціонування інституту прав людини і громадянина та можливість реалізувати ті права, що гарантовані насамперед Конституцією. Нажаль, значна частина проголошених прав і свобод не може бути реалізована у повній мірі, а окремі права і свободи майже є неможливими у своїй реалізації в Україні, враховуючи реальний економічний та екологічний стан держави. Імплементация у закони України, у тому числі в Основи законодавства України про охорону здоров'я, вимог норми ст. 49 Конституції України не гарантує того, що право жителя України на охорону здоров'я буде реалізовано повною мірою.

Конституційні норми, які проголошують людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю, права і свободи невідчужуваними і непорушними, у тому числі у сфері охорони здоров'я, отримують предметно-юридичне втілення у всій національній системі права [4]. Тому доречно розглянути регулювання охорони здоров'я на рівні інших законів.

Серед законів особливе місце займає Цивільний кодекс України [11], що вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286).

Важливим регулятором відносин у сфері охорони здоров'я серед галузевого законодавства є норми адміністративного права, які регулюють організаційно-управлінські процеси в охороні здоров'я. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я має свої специфічні ознаки, щообумовлені першочерговим соціально-економічним значенням охорони здоров'я, що становить фундамент соціальної політики держави, значною кількістю об'єктів управління, відомчою нормотворчістю, а також фаховими та кваліфікаційними особливостями управлінського персоналу. Вихідним в адміністративно-правовому статусі закладу охорони здоров'я є їх взаємовідносини з вищестоящими органами виконавчої влади. Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерствоохорони здоров'я України, правовий статус якого визначається Положенням про Міністерствоохорони здоров'я України [44].

Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами й організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності повинні отримати ліцензію на право здійснення медичної практики, яка видається Міністерством охорони здоров'я на три роки і діє на всій території України.

Заклади охорони здоров'я підлягають акредитації незалежно від форми власності, яка проводиться один раз на три роки Головною акредитаційною комісією при МОЗ та акредитаційними комісіями на місцях [38].

Важливим документом є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року – нормативний документ, що присвячений регулюванню відносин у сфері охорони здоров'я [7]. Цей закон є своєрідною декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я України і регулює суспільні відносини у цій галузі. Документ відображає державну політику у галузі охорони здоров'я, принципи охорони здоров'я, визначає структуру права на охорону здоров'я й обов'язки громадян, встановлює державні гарантії щодо юридичного захисту права на охорону здоров'я, визначає політику світового співтовариства у сфері охорони здоров'я, регулює питання проведення медичної експертизи, закріплює гарантії охорони здоров'я матері і дитини, передбачає основи правового статусу медичних і фармацевтичних працівників та інші питання у цій сфері життєдіяльності. Норми Основ конкретизують, деталізують і розширюють конституційні норми, які у тій чи іншій мірі присвячені охороні здоров'я, у тому числі і ст. 49 Конституції України, що безпосередньо закріплює конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Основи законодавства України про охорону здоров'я є свого роду "медичною конституцією" України, своєрідною підвалиною для всього законодавства про охорону здоров'я. Акт був задуманий як фундамент для створення майбутнього законодавства у цій сфері. Одним з ключових положень цього акту, на нашу думку, є норми, які визначають принципи, тобто основні засади, вихідні ідеї охорони здоров'я, які дають уявлення про ті витоки, на яких стоїть держава суспільство при створенні належних умов для реалізації права людини на охорону здоров'я.

Цей законодавчий акт також передбачає формування державної політики охорони здоров'я, основу якої забезпечує Верховна Рада України. Серед численних заходів, які повинен здійснювати законодавчий орган у цьому напрямі, є затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я, що у повній мірі відповідає ч. 2 ст. 49 Конституції України [4]. При розробці та оцінці політики охорони здоров'я необхідно робити акцент на універсальних цінностях галузі (медична етика, відповідальність і професіоналізм медичного персоналу, повага до людської гідності тощо), враховуючи те, що здоров'я є однією з основних потреб і невід'ємним правом людини, а також однією з цілей розвитку суспільства.

Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України щодо доступності для всіх громадян медичного обслуговування відтворено у ст. 4 Основ якодин з принципів охорони здоров'я. Ця ж конституційна норма, у якій визначено, що існуюча мережа лікувальних закладів не може бути скорочена та держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, відображена у ст.ст. 4, 9, 16 Основ. Частина 4 ст. 49 Конституції України знайшла свою конкретизацію у ст. 32 Основ, у якій визначено заходи, яких вживає держава для утвердження здорового способу життя. Питання безоплатності медичної допомоги, яка надається у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, щоконституційно гарантовано у ч. 3 ст. 49 Конституції України, в Основах передбачено лише через норму ч. 2 ст. 25, де визначено, що безоплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їх життя і здоров'я. У ст. 6 Основ передбачено право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, а у ст. 7 закріплено одну з гарантій - надання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України, але проблему оплати за надання медичної допомоги у них не визначено [35].

На шляху створення якісної нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, зустрічається чимало перепон і труднощів, серед яких виділяємо такі:

- а) недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я, у тому числі її законодавчого забезпечення;
- б) відсутність науково-обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я;
- в) низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи;
- г) складність проходження законопроектів проохорону здоров'я у Верховній Раді України;
- д) незначна кількість спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині;
- е) неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки;
- є) недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я і неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я;
- ж) нечіткість правової бази у сфері охорони здоров'я, законодавчі колізії і проблеми, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують у тій чи іншій мірі охорону здоров'я, суперечать один одному;
- з) надмірна розпорошеність норм щодоохорони здоров'я по всьому українському законодавству.

Нормативні акти у сфері охорони здоров'я повинні прийматись з урахуванням попередніх ретельних напрацювань і науково-обґрунтованої концепції законотворення у сфері охорони здоров'я. Слабка законодавча ініціатива і складність проходження законопроектів у Верховній Раді – це два боки однієї проблеми. Незважаючи на те, що концептуальна модель створення нормативно-правової бази охорони здоров'я однією з засад передбачає динамічність правотворчого процесу, але на практиці постійно гальмується прийняття законів, що регламентують ключові питання

функціонування вітчизняної охорони здоров'я. Тому законопроекти проохорону здоров'я, зокрема про загальнообов'язкове державне медичне страхування, про правовий статус пацієнтів, про фінансування охорони здоров'я тощо не один рік знаходяться на різних стадіях законотворчого процесу, так і не ставши частиною національної правової бази охорони здоров'я [38].

Особливу увагу варто приділити питанню об'єднання зусиль і знань юристів і медиків для створення належної життєздатної нормативно-правової бази і підвищення ефективності та якості законотворчого процесу. Для цього, доцільним було б створити робочу групу, до якої мали б входити юристи, медики та спеціалісти інших сфер (психологи, філософи, соціологи тощо), основним завданням якої було б якісна робота із законопроектами у сфері охорони здоров'я. Таку робочу групу доречно створити при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка повинна бути забезпечена державним фінансуванням, підтримкою наукових установ, кафедр провідних навчальних закладів для отримання консультацій та експертних висновків і проводити обговорення законопроектів у медичних і юридичних колах як серед науковців, так і практиків тощо.

Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, досвід зарубіжних країн щодо медичного законодавства повинні враховуватись вітчизняним законодавцем при розробці власної нормативно-правової бази. Обов'язково при законотворчій діяльності потрібно враховувати національні особливості, традиції і реалії, адже міжнародне законодавство не завжди може адаптуватись у наших умовах. Але у той же час вивчення міжнародно-правових стандартів і зарубіжного досвіду у цій сфері дасть можливість виділити перспективні напрями для оновлення українського законодавства та реформування охорони здоров'я у цілому.

Реалізація проголошеного Україною курсу на більш повне входження у світове співтовариство, інтеграція у Європейські структури неможливі без забезпечення ефективного процесу імплементації норм міжнародного права у

національному законодавстві, його гармонізації з відповідними стандартами та вимогами. С. Дроздов відзначає, що шлях до реальної інтеграції України в Європейське і світове співтовариство лежить через демократію, через захист і реалізацію прав та свобод людини. Для реалізації прав людини необхідно щонайменше прийняти національне законодавство, що забезпечувало б повагу і захист міжнародно визнаних прав людини [45]. Аналізуючи проблеми гармонізації національного законодавства з міжнародним правом, не можна не враховувати умови економічного та політичного життя, що склались в Україні на сьогодні, національні інтереси якої потребують її утвердження як впливової Європейської держави, повноправного члена Європейського Союзу.

Реформування національного законодавства треба проводити відповідно до загальноєвропейських норм і стандартів. Характерною особливістю сучасного етапу правової реформи в Україні є впровадження норм міжнародного законодавства у правову систему нашої держави. Питання адаптації нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я є надзвичайно актуальним і важливим, тим більше, що вони покликані реальними портебами, що пов'язані з розвитком міжнародних відносин. Як зазначає В. Москаленко, законодавство у галузі охорони здоров'я потребує постійного оновлення, необхідним є створення нової нормативно-правової бази відповідно до сучасних суспільних відносин, що складаються в Україні, та з урахуванням стандартів ЄС, оскільки багато медичних правових аспектів України не відповідає міжнародним вимогам [46].

Адаптація законодавства України до законодавства ЄС полягає у зближенні із сучасною європейською системою права та передбачає реформування вітчизняної правової системи та поступове приведення до відповідності із європейськими стандартами законодавства у всіх сферах, у тому числі законодавства про охорону життя та здоров'я. Адаптація соціальної політики України полягає у реформуванні систем страхування, охорони праці, здоров'я та інших галузей соціальної політики відповідно до

стандартів ЄС і поступовому досягненні загальноєвропейського рівня соціального забезпечення та захисту населення.

У Договорі про заснування ЄС[47] у ст.152 визначено, що високий рівень охорони здоров'я людей повинен забезпечуватись при визначенні та здійсненні всіх видів діяльності співтовариства. При цьому дії ЄС лише доповнюють національну політику держав у сфері охорони здоров'я. У Європейському Союзі охорона здоров'я є прерогативою національних урядів і, за невеликим винятком, медична допомога надається відповідно до так званого другорядного принципу, який означає, що рішення щодо охорони здоров'я ухвалюють на найнижчому із можливих рівнів, і ЄС досі не прийняв рішення з питань національної юрисдикції в охороні здоров'я чи з питань фінансування цієї сфери. Це пояснюється різноманітністю та відмінностями у культурній та економічній природі окремих систем соціального захисту, а не підходом держав-членів до важливості питань соціального захисту та охорони здоров'я. Розвиваючи системи охорони здоров'я, більшість європейських країн намагаються дотримуватись так званого «міжнародного стандарту для системи охорони здоров'я», який охоплює: загальне обслуговування населення через обов'язкову участь; всеосяжність основних соціальних благ; внески, які ґрунтуються переважно на доходах, а не на придбанні індивідуальних страховок; контроль за собівартістю за допомогою адміністративного механізму.

Метою реформ у сфері політики охорони здоров'я, які проводяться у більшості країн ЄС є: розширення кількості застрахованих; децентралізація державної системи охорони здоров'я; збільшення первинної допомоги; розширення автономії стаціонарів; посилення приватного сектора; поліпшення якості медичних послуг; пріоритетність профілактики та медичної освіти перед процесом лікування як таким.

У цілому, нова стратегія ЄС щодо охорони здоров'я має такі напрями:

- вдосконалення системи інформації щодо здоров'я на всіх рівнях суспільства;

- створення механізму швидкого реагування на основі загрози для здоров'я;
- зосередження на детермінантах здоров'я, зокрема на шкідливих чинниках, пов'язаних зі стилем життя [47].

Перед Україною стоїть нагальне завдання удосконалити нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я, привести її відповідно до вимог міжнародно-правових актів та загалом реформувати усю систему охорони здоров'я, беручи до уваги міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, основоположні принципи, що визначені у міжнародно-правових документах з прав людини, світову політику і тенденції в охороні здоров'я, але адаптуючи до вітчизняних традицій та політичних, економічних і соціальних реалій нашого життя.

Ступінь впливу міжнародного права на законодавство тієї чи іншої держави зумовлюється внутрішньою і зовнішньою політикою і ратифікацією нею основних міжнародних угод. Чим більше міжнародних договорів ратифіковано державою, тим вагоміший вплив міжнародного права на внутрішнє законодавство. Вплив міжнародного права на охорону здоров'я, на національне право полягає у тому, що у законодавстві держави з'являються нові принципи і норми, яких раніше у ньому не було. Вони закріплюються, конкретизуються, уточнюються, виходячи з міжнародних зобов'язань, що взяла на себе та чи інша держава.

Одним з пріоритетних напрямів удосконалення законодавства проохорону здоров'я в Україні є систематизація діючої нормативно-правової бази. Правові акти, що регламентують охорону здоров'я громадян, приймаються безсистемно, хаотично, відсутня єдність у підходах до законодавчого забезпечення права на охорону здоров'я, при правотворчому процесі законодавці керуються кон'юнктурними міркуваннями й особистими інтересами, але не потребами і реаліями сьогодення. Такі обставини обумовлюють необхідність комплексного підходу до удосконалення законодавчої бази охорони здоров'я. Створення належної нормативної бази у

сфері охорони здоров'я, насамперед законів, - справа творча і нелегка, що потребує знань у галузі охорони здоров'я і медицини, досвіду у сфері законодавчої техніки, відповідального ставлення до справи та усвідомлення тієї відповідальності, яка лягає на плечі розробників медичного законопроекту.

Серед шляхів удосконалення і подолання проблемних ситуацій у регулюванні відносин у сфері охорони здоров'я можна запропонувати такі основоположні заходи:

— визначити ключові принципи законодавчої діяльності у сфері охорони здоров'я:

а) розуміння охорони здоров'я як однієї з головних умов забезпечення національної безпеки;

б) пріоритет прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я, що впливає з ст. 3 Конституції України [4];

в) забезпечення гарантій з боку держави щодо надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я відповідно до ст. 49 Конституції України [4];

г) наступність у законодавчій роботі, тобто важливо, щоб витримувалась певна статична лінія у законопроектній і законодавчій діяльності, щоб вона була позбавлена політичного забарвлення та спрямована на продовження певної виробленої законотворчої стратегії, у тому числі й у сфері охорони здоров'я;

— ініціювати розроблення і прийняття законів, які б регламентували охорону здоров'я;

— створити базовий документ – Медичний кодекс України, який зможе комплексно врегулювати усі аспекти охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги. На відміну від поточного законодавства, кодифікація впорядковує значну частину чинного законодавства, як правило, його змінюючи, доповнюючи і перетворюючи.

Актуальність і важливість створення кодифікованого акту — Медичного кодексу України — пояснюється наступним чином:

1. необхідність комплексного реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, у тому числі її законодавчого забезпечення як фундаменту для усіх інших перетворень;
2. відсутність на даний час науково-обґрунтованої концепції законотворчої діяльності у цій сфері;
3. прагнення забезпечити підвищення рівня правової освіти медичних і фармацевтичних працівників;
4. сприяння і допомога юристам при розгляді і вирішенні так званих "медичних" справ;
5. неузгодженість у деяких випадках окремих законів у сфері охорони здоров'я з галузевим законодавством;
6. необхідність чіткої регламентації правового статусу медиків і пацієнтів;
7. потреба правового регулювання різних систем охорони здоров'я (державної, муніципальної, приватної).

У Медичному кодексі необхідно реалізувати вимоги міжнародних стандартів з прав людини, щодо охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги, оскільки саме він у подальшому стане міцною опорою медичного права України – галузі права, що починає невпинно розвиватись й у нашій державі.

Преамбула Кодексу повинна розставити акценти і визначити пріоритети у сфері надання медичної допомоги, відобразити конституційні принципи і врахувати міжнародно-правові стандарти. Кожну частину Кодексу необхідно поділити на окремі розділи, які б закріплювали норми, що регулюють однорідні суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги. Загальна частина повинна містити належно розроблений понятійно-термінологічний апарат, межі правового регулювання, завдання Кодексу, основи правового статусу пацієнтів і медичних працівників тощо.

Особлива частина повинна регулювати питання надання медичної допомоги у різних напрямках медичної діяльності, зокрема стоматологічна справа, хірургічна справа, сімейна медицина, психіатрична допомога, фармацевтична справа, косметологічна справа, гематологічна справа та інші.

РОЗДІЛ 4 СПОСОБИ ЗАХИСТУ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

4.1 Форми і способи захисту права на медичну допомогу

Важливим елементом будь-якого суб'єктивного цивільного права є правомочність захисту, зміст якої складається із законних варіантів конкретної поведінки управомоченої фізичної особи, вільнообраних нею на власний розсуд.

Щодо захисту права на медичну допомогу фактично йдеться про захист прав пацієнтів, які є фізичними особами, що перебувають у спеціальному правовому статусі та є володільцями низки спеціальних прав людини, визнаних на рівні міжнародного та вітчизняного права міжнародних актів, чинних для України, Конституції України, Цивільного кодексу України.

Класична класифікація форм цивільно-правового захисту суб'єктивних цивільних прав, що передбачені ЦК України [11], вибудовується за критерієм суб'єкта та порядку здійснення захисту. На цих засадах законодавець розмежовує захист цивільних прав та інтересів судом (юрисдикційну форму), що передбачено ст. 16 ЦК України, та неюрисдикційну форму захисту – самозахист цивільних прав відповідно до положень ст. 19 ЦК України (рис. 4.1). Особливістю захисту особистих немайнових прав фізичної особи та, зокрема, особистого немайнового права на медичну допомогу є застосування поряд із традиційною для всіх суб'єктивних цивільних прав судовою формою також значною мірою і самозахисту, зокрема, таких його передбачених законом різновидів, як необхідна самооборона, дії в чужому інтересі без доручення, крайня необхідність. До того ж у п. 2 ст. 281 ЦК України зазначено, що «фізична особа має право захищати своє життя та

здоров'я, а також життя і здоров'я іншої фізичної особи від протиправних посягань будь-якими засобами, не забороненими законом».

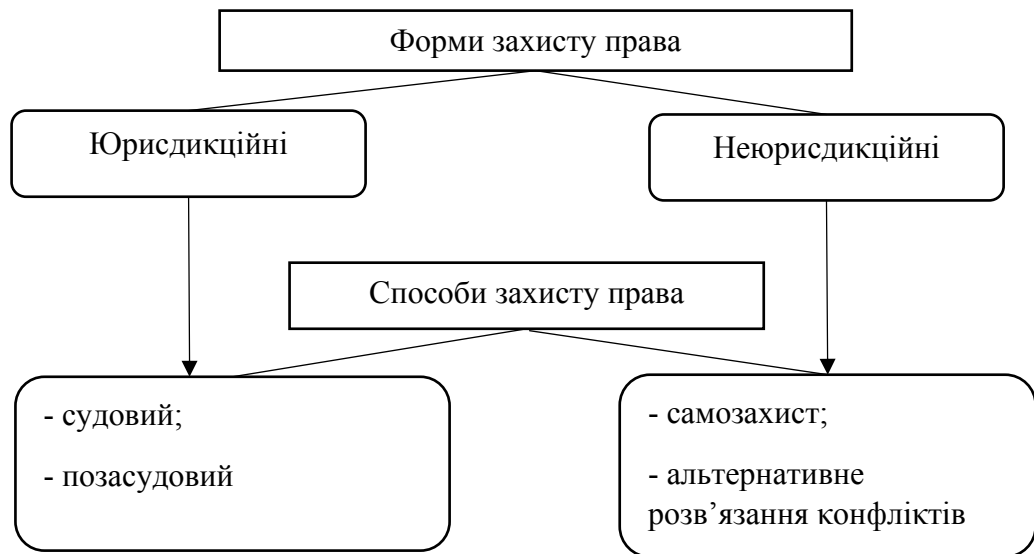


Рисунок 4.1. Форми та способи захисту права [17]

Визнання права на згоду на медичне втручання або відмову від нього, права на вибір лікаря, лікувального закладу окремими суб'єктами правовідносин з надання медичної допомоги може здійснюватися у юрисдикційній судовій формі.

Шляхом припинення або зміни договірної правовідносини усувається порушення особистого немайнового права на медичну допомогу у випадку незадоволення фізичної особи – носія права якістю медичного обслуговування. Відповідно до ст. 284 ЦК України [11] та ст. 38 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [7] фізична особа – пацієнт має право на вільний вибір лікаря та лікувального закладу. Це означає, що у випадку зміни лікаря або лікувального закладу фізична особа здійснює захист свого особистого немайнового права на медичну допомогу. Застосування даного способу захисту можливе як у юрисдикційній, так і неюрисдикційній формах захисту цивільних прав фізичної особи, наприклад, судом або шляхом самозахисту через вчинення передбачених адміністративних процедур.

Визнання правочину недійсним передбачено у випадках, коли укладання правочину протиправно порушує особисті немайнові права фізичних осіб. Умови визнання правочину недійсним визначені у ст. 203 ЦК України. Це стосується, зокрема, ситуацій, коли зміст правочину суперечить чинному законодавству або (та) моральним засадам суспільства (ч. 1 ст. 203). Також застосування цього способу цивільного захисту належить до випадків, коли особа, що вчиняє правочин, не має необхідногообсягу цивільної дієздатності (ч. 2 ст. 203). Також недійсним визнається правочин, учасники якого не є вільними у волевиявленні або мають пороки волевиявлення (ч. 3 ст. 203), та правочини, що вчиняються батьками (усиновлювачами) всупереч правам та інтересам їхніх малолітніх, неповнолітніх чи непрацездатних дітей (ч. 6 ст. 203) [11].

Відновлення становища, яке існувало до порушення особистого немайнового права, – один з найбільш ефективних способів захисту порушених особистих немайнових прав, оскільки забезпечує можливість повернення фізичної особи до попереднього правового стану та надає їй можливість не зазнавати наслідків порушення своїх прав. За положенням ч. 2 ст. 276 ЦК України, якщо дії для негайного поновлення порушеногоособистого немайнового права фізичної особи не вчиняються, суд може постановити рішення щодо поновлення порушеного права, а також відшкодування моральної шкоди, завданої його порушенням.

Відшкодування збитків та інші способи відшкодування майнової шкоди [48]. Цей спосіб цивільного захисту особистих немайнових прав фізичної особи застосовується в тих випадках, коли будь-яке порушення особистого немайнового права тягне за собою такий наслідок, як заподіяння майнової шкоди. Застосування даного способу регламентується положеннями ст. 22 ЦК України та здійснюється у випадках завдання збитків особі в результаті порушення її цивільних прав у юрисдикційній формі. На вимогу особи, якій завдано шкоди, суд може зобов'язати іншу особу відшкодувати збитки, які вона завдала в результаті порушення цивільних

прав

позивача

(ч. 4 ст. 22). При цьому збитки відшкодовуються в повному обсязі, якщо за договором або законом не передбачено відшкодування у меншому або більшому розмірах (ч. 3 ст. 22). Збитки законодавцем визначаються як втрати, яких особа зазнала у зв'язку зі знищенням або пошкодженням речі, а також втрати, які особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного права (реальні збитки); доходи, які особа могла б реально одержати за звичайних обставин, якби її право не було порушено (упущена вигода) (ч. 1 ст. 22) [11].

Шкода, яка спричиняється пацієнту у випадку ушкодження здоров'я, поділяється на майнову та моральну. Згідно зі ст. 22 ЦК України пацієнту відшкодовуються реальні збитки – витрати на відновлення порушеного права, упущена вигода – доходів, які пацієнт міг би отримати за звичайних обставин, якби його право не було порушено. З огляду на невизначеність у законодавстві з питань критеріїв та конкретних розмірів втрат та відшкодувань розмір встановлюється договором або судом. З огляду на важливість тих особистих немайнових прав, якими опосередковується правова охорона життя та здоров'я людини, вітчизняним законодавцем з особливою ретельністю регламентовано підстави та порядок відшкодування шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я, у ст. 1195-1211 ЦК України [11].

Відповідно до положень Конституції України (ст. 32, 56) і чинного законодавства фізичні особи мають право на відшкодування моральної (немайнової) шкоди, заподіяної внаслідок порушення їх прав і законних інтересів. Порядок та механізм застосування даного юрисдикційного способу захисту цивільних прав фізичних осіб регламентується положеннями ст. 23 ЦК України. Відшкодування моральної шкоди – це покладення судом на порушника суб'єктивного цивільного права додаткового обов'язку у вигляді компенсації у майновій формі (грошовій чи іншій) тих фізичних та душевних страждань, які стали результатом протиправної поведінки.

Під моральною шкодою слід розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань, або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб. Відповідно до чинного законодавства моральна шкода може полягати, зокрема: у приниженні честі, гідності, престижу або ділової репутації, моральних переживаннях у зв'язку з ушкодженням здоров'я, у порушенні права власності (в тому числі інтелектуальної), прав, наданих споживачам, інших цивільних прав, у зв'язку з незаконним перебуванням під слідством і судом, у порушенні нормальних життєвих зв'язків через неможливість продовження активного громадського життя, порушенні стосунків з оточуючими людьми, при настанні інших негативних наслідків [48].

Р. Стефанчук надає найбільш юридично виважене та науково прийнятне визначення моральної шкоди, під якою слід розуміти «негативні наслідки немайнового характеру, які заподіяні фізичній особі внаслідок завданих їй фізичних, психічних та моральнісних страждань, що пов'язані із порушенням її прав чи охоронюваних законом інтересів, або загрозою вчинення такої поведінки» [12].

Невирішеним залишається питання щодо підстав відшкодування моральної шкоди, зокрема, презумпції наявності або відсутності моральної шкоди як наслідку протиправної поведінки. Існує декілька поглядів на визначення поняття моральна шкода. Одні науковці стверджують про презумпцію наявності моральної шкоди як постійного супутника кожної протиправної поведінки щодо фізичної особи, тобто «факт заподіяння моральної шкоди не потребує доведення, він є очевидним, як тільки буде доведено вчинення протиправної поведінки». Проте інша позиція полягає в тому, що для відшкодування моральної шкоди має бути наявна підстава для цивільної відповідальності, а саме, класичний склад цивільного правопорушення, до якого входять: наявність протиправної поведінки заподіювача шкоди, наявність майнової шкоди у потерпілого, наявність

причинно-наслідкового зв'язку між завданою шкодою та протиправною поведінкою та вина заподіювача шкоди. Отже, кожного разу моральна шкода, її наявність, розмір підлягають доведенню.

4.2 Цивільно-правова відповідальність за порушення права на медичну допомогу

В Основах законодавства в сфері охорони здоров'я [7] встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я є однією з гарантій права особи на охорону здоров'я. Так, особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров'я, зокрема і в сфері надання медичних послуг, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

Цивільно-правовою відповідальністю у сфері надання медичної допомоги є застосування до порушника або до особи, яка за законом несе відповідальність за його дії чи бездіяльність, заходів примусу, які визначені законом або договором і полягають у покладенні на нього додаткових обов'язків цивільно-правового характеру за вчинення ним протиправних дій або бездіяльності під час надання медичної допомоги.

Під час роботи над медичною справою, у контексті цивільно-правової відповідальності, важливим є вирішення питання конфлікту договірної та деліктної відповідальності (табл.4.1).

Позадовірня відповідальність настає за відсутності договірних відносин між учасниками і внаслідок порушення абсолютного права потерпілої особи, яким в аналізованій сфері буде право на медичну допомогу.

Умовами настання позадовірної цивільно-правової відповідальності є такі:

- наявність протиправної поведінки правопорушника;
- наявність шкоди;

- наявність причинного зв'язку між протиправною поведінкою і шкодою;
- наявність вини.

Таблиця 4.1 – Алгоритм вирішення конфлікту договірної та позадоговірної відповідальності

1. Якщо умови договору про надання медичних послуг сторони договору виконали належно та в повному обсязі, шкоди каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'ю не завдано, то цивільно-правова відповідальність не виникатиме	
2. Якщо внаслідок ненадання чи неналежного надання медичної допомоги пацієнтові шкоди каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я не завдано виникатиме договірна цивільно-правова відповідальність, якщо умови договору про надання медичних послуг сторони договору виконали неналежно та/або не в повному обсязі (наприклад: медична послуга за договором була надана з порушенням строків, передбачених у договорі)	
3. Якщо внаслідок ненадання чи неналежного надання медичної допомоги пацієнтові була завдана шкода каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я	
Договір про надання медичних послуг укладено (договірна та деліктна відповідальність поєднуються): — договірна (за невиконання умов договору) і позадоговірна (за шкоду здоров'ю: цивільно-правова відповідальність виникатиме на підставі ст. 1195, 1166, 1167 ЦК України). Якщо договором передбачено збільшений обсяг і розмір відшкодування шкоди, то застосуванню підлягатимуть також відповідні положення договору в цій частині (для делікту)	Договір про надання медичних послуг не укладено (деліктна відповідальність): — цивільно-правова відповідальність виникатиме на підставі ст. 1195, 1166, 1167 ЦК України і буде позадоговірною
— договірна (за невиконання умов договору) і позадоговірна (за шкоду здоров'ю: цивільно-правова відповідальність виникатиме на підставі ст. 1195, 1166, 1167 ЦК України). Якщо договором не передбачено збільшеного обсягу та розміру відшкодування шкоди, то відшкодуванню підлягатиме шкода в розмірі, який буде доведено потерпілим на підставі наявних у нього доказів	— якщо внаслідок ненадання чи неналежного надання медичної допомоги настала смерть пацієнта, незалежно від перебування у договірних відносинах, то виникатиме деліктна відповідальність і відшкодуванню підлягатиме шкода, завдана смертю потерпілого

У сфері надання медичної допомоги протиправна поведінка спрямована на порушення суб'єктивного особистого немайнового права особи, яке має абсолютний характер, — права на медичну допомогу [49]. У сфері надання медичної допомоги протиправними слід вважати дії медичного працівника, які не відповідають законодавству у сфері охорони здоров'я, зокрема стандартам у сфері охорони здоров'я та нормативним актам локального характеру. Крім того, протиправними можуть визнаватись також дії медичного працівника, які не відповідають сучасним науковообґрунтованим вимогам, які стосуються процесу надання медичної допомоги при певному захворюванні.

Згідно з ч. 2 ст. 34 Основ, обов'язком лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. У п. «а» ч. 1 ст. 78 Основ передбачено обов'язок медичних і фармацевтичних працівників надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу. Тому в разі порушення медичним працівником суб'єктивного цивільного права пацієнта на медичну допомогу, яке полягатиме в порушенні ним стандартів та інших нормативних актів у сфері охорони здоров'я, вважатиметься, що окреслений суб'єкт діє протиправно [7].

Протиправні дії заподіювача шкоди можуть виявлятися як у формі дії, так і у формі бездіяльності.

Ще одним обов'язковим елементом складу цивільного правопорушення є наявність заподіяної шкоди. ЦК України настання цивільно-правової відповідальності пов'язує із заподіянням шкоди. Якщо шкоди не заподіяно, то цивільно-правова відповідальність не настане (гл. 82 ЦК України «Відшкодування шкоди»). За умов деліктного зобов'язання, яке виникне внаслідок порушення суб'єктивного права на медичну допомогу, йдеться про відшкодування шкоди, яка завдана каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я або смертю потерпілої особи. Тому в дію вступатимуть норми

§ 2 «Відшкодування шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю потерпілого» ЦК України. Чинний ЦК України не передбачає вичерпного переліку витрат, які підлягатимуть відшкодуванню внаслідок заподіяння шкоди, завданої каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я. Крім того, особливість шкоди, яка завдана здоров'ю, полягає в тому, що вона не може бути відшкодована в натурі чи оцінена в грошовому еквіваленті [49].

Особливості відшкодування моральної шкоди. У разі порушення права пацієнта на медичну допомогу йому може бути заподіяна моральна шкода. Також моральна шкода може бути заподіяна членам сім'ї пацієнта, якщо в результаті надання медичної допомоги настала смерть пацієнта.

Моральна шкода може полягати, зокрема, у:

- фізичному болю та стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;
- у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів.

Моральна шкода відшкодовується грішми, іншим майном або в інший спосіб. Розмір грошового відшкодування моральної шкоди визначається судом залежно від характеру прав порушення, глибини фізичних та душевних страждань, погіршення здібностей потерпілого або позбавлення його можливості їх реалізації, ступеня вини особи, яка завдала моральної шкоди, якщо вина є підставою для відшкодування, а також з урахуванням інших обставин, які мають істотне значення. При визначенні розміру відшкодування враховуються вимоги розумності та справедливості. Моральна шкода відшкодовується незалежно від майнової шкоди, яка підлягає відшкодуванню, та не пов'язана з розміром цього відшкодування [48].

Відповідно до п. 9 постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової

шкоди)» [50], розмір відшкодування моральної (немайнової) шкоди суд визначає залежно від характеру та обсягу страждань (фізичних, душевних, психічних тощо), яких зазнав позивач, характеру немайнових втрат (їх тривалості, можливості відновлення тощо) та з урахуванням інших обставин. Зокрема, враховуються стан здоров'я потерпілого, тяжкість вимушених змін у його життєвих і виробничих стосунках, ступінь зниження престижу, ділової репутації, час та зусилля, необхідні для відновлення попереднього стану, добровільне — за власною ініціативою чи за зверненням потерпілого — спростування інформації редакцією засобу масової інформації. При цьому суд має виходити із засад розумності, виваженості та справедливості.

Причинний зв'язок у цивільному праві — це об'єктивний зв'язок між протиправними діями і шкодою, за якого діяння є безпосередньою причиною шкоди, що настала. Причина породжує свій наслідок, якщо вона є прямою і безпосередньою: матиме юридичний наслідок для особи, яка завдала шкоди. Якщо наслідок з причиною у непрямому зв'язку, то причинний зв'язок взагалі відсутній: не матиме юридичного наслідку для особи, яка завдала шкоди, крім як звільнення від деліктної відповідальності. При з'ясуванні питання про наявність причинного зв'язку виникає необхідність встановлення безпосереднього причинного зв'язку.

Причинний зв'язок має дві складові:

1) медичний (технічний) аспект, за якого встановлюються правильність дій відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я, нормативних документів локального характеру і доказової медицини. Цей аспект належить до повноважень судових експертів;

2) юридичний (нормативний) аспект, за якого встановлюється склад кримінального чи цивільного правопорушення. Цей аспект належить виключно до повноваження суду.

Ще одним елементом складу цивільного правопорушення є вина. Ключовим моментом при визначенні вини чи невинуватості особи є ступінь дбайливості та обачності суб'єкта. У деліктних зобов'язаннях наукою

цивільного права сформульовано презумпцію вини заподіювача шкоди. Згідно із зазначеною презумпцією вина заподіювача шкоди припускається, доки він не доведе свою невинуватість [51].

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

Поняття адміністративного делікту (правопорушення) знайшло своє відбиття у ст. 9 Кодексу України про адміністративні правопорушення[52], згідно з якою адміністративним правопорушенням (проступком) визначається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи діяльність, яка посягає на державний або громадський порядок, особисту чи громадську власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законодавством передбачено адміністративну відповідальність.

Адміністративну відповідальність у сфері надання медичних послуг можна визначити як обов'язок особи, яка порушила встановлений нормативно-правовими актами порядок надання медичних послуг, понести позбавлення організаційного або/та матеріального характеру, передбачені санкціями норм адміністративного права, з метою відновлення порушеного фізичного і психічного здоров'я особи, яка постраждала в результаті правопорушення, і недопущення здійснення таких дій у подальшому, вона виникає якщо правопорушення за своїм характером не тягнуть за собою відповідальності відповідно до Кримінального Кодексу України.

Адміністративна відповідальність настає за ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44 КУпАП), за ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45 КУпАП), за умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46 КУпАП), за недодержання посадовими особами установлених правил у сфері охорони здоров'я (ст. 14 КУпАП) [52].

Дослідження питань правового унормування медичної діяльності та кримінальної відповідальності медичних працівників знаходиться у тісному

зв'язку як з медичним, так і з кримінальним правом. Медичний працівник з позиції кримінального права розглядається з урахуванням двох складових: як загальний суб'єкт та як спеціальний суб'єкт вчинення кримінального правопорушення, пов'язаного зі здобуттям ним медичної освіти, – так звані "професійні злочини", тобто такі, за які відповідальність покладається на медичного працівника в силу:

- 1) вчинення ним суспільно небезпечного діяння;
- 2) приналежності особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, до медичної професії;
- 3) прямого зв'язку дії (бездіяльності) з медичною практикою та виконанням професійних обов'язків;
- 4) наявності ознак порушення стандартів надання медичної допомоги, з якими останній обізнаний в силу своєї кваліфікації, спеціалізації та професії в цілому;
- 5) негативних наслідків, які настали для життя та здоров'я особи.

Переважає більшість кримінальнокараних діянь, що становлять небезпеку для життя і здоров'я людини, які вчинюються медичними працівниками під час виконання професійних обов'язків, визначені у розділі II "Злочини проти життя та здоров'я особи" Кримінального кодексу України, а також перелік складів злочину, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі наданням медичної допомоги: склади злочинів, що пов'язані із зараженням вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст.ст. 130-133 КК України); неналежним наданням чи ненаданням у встановленому порядку медичної допомоги (ст.ст. 139, 140 КК України), порушенням встановленого порядку проведення медичного втручання (ст.ст. 134, 138, 141-145 КК України) [53].

До «професійних злочинів» закон відносить:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України);

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної хвороби (ст. 132 КК України);
 - незаконне проведення абортів (ст. 134 КК України);
 - незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК України);
 - ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України);
 - неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);
 - порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);
 - незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України);
 - порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 КК України);
 - насильницьке донорство (ст. 144 КК України);
 - незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України)
- [54].

Більшість кримінальних правопорушень у сфері медичного обслуговування містять матеріальний склад, тобто наявність негативних наслідків для життя та здоров'я пацієнта, що є обов'язковою умовою. Для інкримінування медику «злочинної поведінки» необхідне встановлення вини та причинно-наслідкового зв'язку між діями, що потягли за собою негативні наслідки у вигляді тілесного ушкодження або смерті людини.

Кримінально-виконавчий кодекс України [55] закріплює норму, згідно якої засуджені користуються всіма правами людини і громадянина, окрім винятків, передбачених чинним законодавством. Серед них у ст. 8 гарантується право на охорону здоров'я. Охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засуджені до позбавлення волі з-поміж інших прав мають право отримувати медичну

допомогу і лікування, у тому числі платні медичні послуги за рахунок особистих грошових коштів чи коштів рідних і близьких.

4.3 Практика Європейського Суду з прав людини в національній судовій практиці у справах пов'язаних із медициною

Проблема формування та визнання тих чи інших джерел права в сучасній юридичній науці є однією найбільш нагальних та дискусійних. Особливо, якщо мова йде про таке досить незвичне джерело права для національної правової системи, як практика Європейського суду з прав людини. А особливо, коли йдеться про справи, пов'язані із забезпеченням прав людини у сфері охорони здоров'я, прав пацієнта, питання відповідальності за шкоду, завдану життю та здоров'ю неналежним лікуванням, несвоєчасним наданням необхідної медичної допомоги – узагальнюючи у «справах, пов'язаних з медициною». Практичне ж значення дослідження практики ЄСПЛ полягає у тому, що питання її застосування є певним правовим орієнтиром для усіх суб'єктів правозастосування – суддів, адвокатів, прокурорів, працівників правоохоронних органів та інших учасників.

Згідно зі статтею 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» [56] суди застосовують при розгляді справ Конвенцію про захист прав людини і її основоположних свобод [57] та практику ЄСПЛ як джерело права.

Відповідно до положень Цивільно-процесуального кодексу України (п.2, ч.1, ст.355), Господарсько-процесуального кодексу України, Кримінально-процесуального кодексу України та Кодексу адміністративного судочинства, рішення ЄСПЛ є підставою для порушення касаційного провадження у справі за винятковими обставинами. Більше того, така можливість передбачена й у п. а) частини 3 статті 10 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав

людини». При цьому, якщо це порушення стосується не суті справи, а лише строків виконання рішення, Верховний суд відмовляє в її перегляді [58].

Щодо використання національними судами рішень ЄСПЛ у так званих «медичних справах», можливо констатувати наступне. Національні суди України повинні застосовувати Конвенцію та рішення Європейського суду з прав людини як джерело права. У мотивувальній частині кожного рішення окрім наведення посилання на закон та інші нормативно-правові акти матеріального права, у разі необхідності – мають бути посилання на Конвенцію та рішення ЄСПЛ, які є джерелом права та підлягають застосуванню в даній справі.

Так, у справі *Efimenko v. Ukraine* [59]. Суд визначив, що відповідно до українського законодавства, Конвенція є частиною національного законодавства, тому що як фізичні, так і юридичні особи можуть застосовувати положення Конвенції в рамках національного судового провадження. Проте, на думку Суду, лише сама можливість подати скаргу на підставі Конвенції є недостатньою, щоб дійти висновку про ефективність певного національного засобу юридичного захисту. Таким чином, фізичні та юридичні особи у випадку порушення їх прав у медичній сфері, у першу чергу, мають посилатися на зміст їх порушеного права за національним законодавством України. А вже додатково, аргументуючи свої позовні вимоги, посилатися на судову практику ЄСПЛ.

Національна судова практика в медичних справах перебуває в стані формування у зв'язку з відносно невеликим обсягом таких спорів. Тому під час підготовки позову чи відзиву на нього сторонам важко підтвердити свою правоту прикладом судового рішення у схожих справах. У таких випадках дуже корисним стає підтвердження своєї позиції висновками Європейського суду з прав людини в медичних справах як прикладом наднаціональної судової практики [60]. Щодо власне національної судової практики у так званих «медичних справах» або у справах, пов'язаних з медициною, то у справах про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, заподіяної

неналежним лікуванням, національні суди України посилаються на Рішення ЄСПЛ у справі «Бендерський проти України» [61]; щодо неналежного та несвоєчасного надання медичної допомоги та невжиття державними органами всіх необхідних засобів з метою уникнення погіршення стану здоров'я у осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі – *Salakhov and Islyamova v. Ukraine* [62]; питання, пов'язані з незаконністю поміщення особи до психіатричного закладу – справа *Горшков проти України* [63] тощо.

Водночас, низка Рішень ЄСПЛ у справах, пов'язаних з медициною, щодо України залишається поза правозастосовчої практики в Україні. Одне з ключових рішень ЄСПЛ у справах, пов'язаних з медициною – *Arskaya v. Ukraine* [64] – поки що не знайшло свого втілення у правозастосовчій практиці України. У даній справі, ЄСПЛ зазначив, що перше речення статті 2 (право на життя) зобов'язує державу не лише утримуватися від «умисного» позбавлення життя, а й вжити належних заходів для захисту життя осіб, які знаходяться під її юрисдикцією. Ці принципи також застосовуються у сфері охорони громадського здоров'я. Отже, вищезазначені позитивні зобов'язання, вимагають від держав створення відповідного законодавства, яке би змушувало лікарні, як державні, так і приватні, вживати відповідних заходів для захисту життя своїх пацієнтів. Вони також вимагають створення ефективної незалежної судової системи з метою забезпечення встановлення причини смерті пацієнтів, які знаходились на лікуванні як у державному, так і в приватному секторі, та притягнення до відповідальності винних.

За матеріалами справи *Arskaya v. Ukraine* [64] виявлені наступні суперечності в законодавстві України, що призвели до ненадання сину заявниці належної медичної допомоги:

- невідповідність підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють співробітництво між міськими лікарнями у випадках, коли інтенсивна медична допомога доступна тільки в одній міській лікарні;

– національне законодавство недостатньо ефективно визначає умови, за яких відмова від лікування може бути правочинною і обов’язковою для медичного персоналу;

– недостатність гарантій забезпечення інформованої згоди пацієнта на лікування в небезпечній для життя ситуації.

Відповідно, з урахуванням невідповідності підзаконних нормативно-правових актів щодо допуску пацієнтів до відділень інтенсивної терапії та відсутність відповідних правил щодо встановлення здатності пацієнтів приймати рішення, включаючи отримання їх інформованої згоди на лікування – органи влади не вжили достатніх заходів для створення нормативно-правової бази, яка б забезпечила належний захист життя сина заявниці, як того вимагає ст. 2 Конвенції – право на життя [57]. Дана справа розглядає лише декілька правових колізій, що наявні в національному законодавстві, що виникли на основі однієї конкретно взятої справи.

Використання судової практики ЄСПЛ напряду залежить від усіх учасників судового процесу: сторін, їх представників та суду. Доречною є позиція, що застосування положень міжнародного договору – Європейської конвенції з прав людини, є не правом судді, а його «прямим професійним обов’язком». Вирішення будь-якої «медичної справи» є вкрай важким завданням, оскільки пов’язано із чималим переліком проблемних питань: визначенням процедурних аспектів надання медичної допомоги; визначенням суми відшкодування шкоди у медичних справах; питання визначення належного відповідача у медичних справах; використання клінічних протоколів при доказуванні тощо. Використання ж рішень ЄСПЛ у «медичних справах», як джерела права, є тим додатковим правовим інструментом, що суттєво вплине на розвиток правозастосовчої практики в Україні.

Враховуючи вже наявну практику використання або принаймні посилення на судову практику ЄСПЛ у справах, пов’язаних з медициною, що свідчить про наявні позитивні тенденції в українському правовому полі, то

можна сподіватись, що застосування положень Конвенції та практики ЄСПЛ національними органами та судовими інстанціями дозволять у майбутньому уникати констатації Європейським судом порушення Україною положень Конвенції щодо справ, пов'язаних з медициною. Для суб'єктів правозастосування – використання практики ЄСПЛ дозволить обґрунтувати та мотивувати свою позицію у справі, пов'язаній з медициною.

ВИСНОВКИ

Здоров'я людини є найвищою цінністю будь-якої держави, і реалізується за допомогою, в тому числі, наданням медичної допомоги. В основах законодавства України проохорону здоров'я не міститься чіткого визначення поняття медичної допомоги, проте трактується як медична послуга, щоохоплює заходи, спрямовані на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент їхнього надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності. Дане визначення не відображає всіх аспектів медичної допомоги. Право на надання медичної допомоги припускає вільне визначення людини у питанні доцільності звернення за медичною допомогою. Головною проблемою надання медичної допомоги є несистематизованість та розпорошеність законодавства. Рішенням цієї проблеми може стати прийняття новогокомплексного нормативно-правового акта, у якому були б врегульовані права та обов'язки пацієнта.

Постійна інтенсифікація правовідносин в сфері надання медичної допомоги зумовлює необхідність їх регулювання та правового забезпечення засобами цивільного права. Цивільно-правові відносини в сфері медичної діяльності виникають за ініціативою юридично рівних і економічно незалежних суб'єктів. Для фізичних осіб у сфері медичних відносин виникають особисті немайнові права, що поділяються на спеціальні та загальні. Вони виникають, коли суб'єкт правовідносин набуває правового статусу «пацієнт». Для запобігання змішуванню публічних та приватних аспектів, доцільно відокремити групу спеціальних особистих немайнових прав фізичної особи. Завдяки системі спеціальних правових засобів створюється найбільш привабливі правові умови для забезпечення та захисту приватного інтересу фізичної особи у визначеній сфері діяльності.

Правочином визнається дія особи, яка спрямована на набуття, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків. Правочин здійснюється на основі договору, тобто, якщо пацієнт потребує надання медичних послуг або лікарських засобів, то він звертається до надавача медичних послуг і подає декларацію про вибір лікаря, що є передумовою виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги. Запровадження таких правових конструкцій вимагає нормопроектної точності, органічного влиття в чинну правову модель та злагодженості механізму функціонування.

Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це визначення стратегії і тактики, політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення. З 2015 року в Україні діє «Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», яка передбачає впровадження в Україні європейських стандартів життя та кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта. Стратегія базується на основних принципах сталого розвитку та платформі нової європейської політики ВООЗ «Здоров'я – 2020», її метою є збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, зниження захворюваності, інвалідності і смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Відповідно до прийнятого у 1992 р. «Порядку денного на XXI століття», здоров'я людини розглядається якоснова його стійкого розвитку, як результат дії на людину всіх факторів, з якими вона стикається протягом життя. Нова стратегія ЄС щодо охорони здоров'я складається із таких напрямів: удосконалення системи інформації щодо здоров'я на всіх рівнях суспільства; створення механізму швидкого реагування на основі загрози для здоров'я; зосередження на шкідливих чинниках, пов'язаних зі стилем життя. Орієнтація на міжнародні стандарти функціонування медичної сфери та

впровадження сталого розвитку повинна мати пріоритетний характер для національної системи охорони здоров'я.

На Саміті ООН зі сталого розвитку у 2015 році було затверджено 17 цілей сталого розвитку, серед яких ціль номер три «Міцне здоров'я і благополуччя». Україна, як і інші країни-члени ООН, приєдналася до глобального процесу забезпечення сталого розвитку та у 2017 р. представила національну доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна», яка визначає базові показники для досягнення Цілей сталого розвитку. Задля досягнення цілей необхідно: створити законодавчу базу для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я; запровадити моделі державного гарантування пакета медичної допомоги; імплементувати програми протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу; поширювати знання та практики щодо здорового способу життя.

Основним напрямком державної політики в реформуванні суспільних відносин в Україні є європейська інтеграція, тобто досягнення європейських міжнародно-правових стандартів, що являють собою зафіксовані міжнародно-правовими актами принципи й норми, які визначають зміни й обсяг прав людини у сфері охорони здоров'я і слугують юридичними нормами для національної політики у цій сфері. Особливе значення для регламентації права на охорону здоров'я має нормативно-правова база Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Європейського Союзу та інших організацій, присвячених правам людини.

Основним питанням, досліджуваним у рамках медичного права, є нормативно-правове забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності. Від того, наскільки якісною є юридична база щодо прав людини у сфері охорони здоров'я, наскільки кожна окремо взята людина може скористатися наданими їй правами. Забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності є системою організаційно-правових засобів, призначених для реального втілення у життя прав людини, що містяться у нормативно-правових актах, присвячених регулюванню медичної діяльності. Європейська хартія прав

пацієнтів закріпила як міжнародно-правовий стандарт 14 прав пацієнта. Будь-яке право людини в галузі медицини може бути реалізовано тільки в тому випадку, коли воно додатково забезпечується зрозумілим механізмом.

Збереження і розвиток здоров'я громадян як складової людського капіталу є основним обов'язком сучасного цивілізаційного прогресу. В умовах формування правової соціальної держави реалізація політики держави, що спрямована на охорону здоров'я населення і реформування системи охорони здоров'я, можлива лише шляхом прийняття належної нормативно-правової бази, проте виникають проблеми на шляху її створення: недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я; відсутність науково-обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я; незначна кількість спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині; недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я; нечіткість правової бази у сфері охорони здоров'я, та надмірна розпорошеність норм щодо охорони здоров'я по всьому українському законодавству. Одним із найбільш ефективних шляхів удосконалення і подолання проблемних ситуацій є створення базового документу – Медичного кодексу, який зможе комплексно врегулювати усі аспекти охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги.

Важливим елементом будь-якого суб'єктивного цивільного права є правомочність захисту, щодо захисту права на медичну допомогу, тобто прав пацієнтів, які є фізичними особами, що перебувають у спеціальному правовому статусі та є володільцями низки спеціальних прав людини, визнаних на рівні міжнародного та вітчизняного права. Існує юрисдикційна та неюрисдикційна форма захисту прав. Один з найбільш ефективних способів захисту порушених особистих немайнових прав є відновлення становища, яке існувало до порушення особистого немайнового права, оскільки забезпечує можливість повернення фізичної особи до попереднього правового стану та надає їй можливість не зазнавати наслідків порушення

своїх прав. Шкода, яка спричиняється пацієнту у випадку ушкодження здоров'я, поділяється на майнову та моральну, за яка, в свою чергу, передбачено відшкодування.

Особи, що винні в порушенні законодавства проохорону здоров'я, зокрема і в сфері надання медичних послуг, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством. Цивільно-правовою відповідальністю є застосовування до порушника або до особи, яка за законом несе відповідальність за його дії чи бездіяльність, заходів примусу, які визначені законом або договором і полягають у покладенні на нього додаткових обов'язків цивільно-правового характеру. Обов'язковим елементом складу цивільного правопорушення є наявність заподіяної шкоди, в інших випадках вини. Адміністративна відповідальність настає за ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження, за ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу, за умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою, за недодержання посадовими особами установлених правил у сфері охорони здоров'я. Більшість кримінальних правопорушень у сфері медичного обслуговування містять матеріальний склад, тобто наявність негативних наслідків для життя та здоров'я пацієнта. Для інкримінування «злочинної поведінки» необхідне встановлення вини та причинно-наслідкового зв'язку між діями, що потягли за собою негативні наслідки у вигляді тілесного ушкодження або смерті людини.

Проблема формування та визнання тих чи інших джерел права в сучасній юридичній науці є однією з найбільш нагальних та дискусійних, особливо для національної правової системи, як практика Європейського суду з прав людини. Практичне ж значення дослідження даної практики полягає у тому, що питання її застосування є певним правовим орієнтиром для усіх суб'єктів правозастосування – суддів, адвокатів, прокурорів, працівників правоохоронних органів та інших учасників. Національні суди України повинні застосовувати Конвенцію та рішення Європейського суду з

прав людини як джерело права. У мотивувальній частині кожного рішення окрім наведення посилання на закон та інші нормативно-правові акти матеріального права, у разі необхідності – мають бути посилання на Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод та рішення Європейського суду з прав людини, які є джерелом права та підлягають застосуванню в даній справі.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Life expectancy. World Health Organization. 2016. URL: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en (дата звернення 11.11.2018 р.).
2. Індекс здоров'я. Україна. 2018. URL: <http://health-index.com.ua> (дата звернення 11.11.2018 р.).
3. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення 11.11.2018 р.).
4. Конституція України від 30.09.2016, підстава - 1401-VIII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення 11.11.2018р.).
5. Прасов О.О. Право на медичну допомогу як елемент права на охорону здоров'я//Вісник Запорізького національного університету: Збірник наукових статей. Юридичні науки.— Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2006.— №1.— С.127-130.
6. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 «Цивільне право і цивільний процес, сімейне право, міжнародне приватне право»/ О. О. Прасов.— Х., 2007.— 20 с.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р., № 2801–ХІІ//База даних «Законодавство України/ ВР

України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 11.11.2018р.).

8. Антоненко А. Ф. Конституционное право граждан на медицинскую помощь: Содержание и проблемы реализации: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. юрид. наук: спец. 12.00.02 «Конституционное право; Муниципальное право»/ А. Ф. Антоненко.— М., 2006.— 25 с.

9. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги від 11.07.2002//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-п> (дата звернення 11.11.2018р.).

10. Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій національній системі охорони здоров'я від 1963 року//Права людини в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» в відкритому суспільстві. Серія бібліотека сімейного лікаря.-К.: Медицина України, 2000.-166 с.

11. Цивільний кодекс України від 04.11.2018, підстава - 2581-VIII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення 12.11.2018р.).

12. Стефанчук Р. О. Особисті немайнові права фізичних осіб у цивільному праві (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту): монографія/ Відп. ред. Я. М. Шевченко.— Хмельницький: Видавництво Хмельницького університету управління та права, 2007.— 627 с.

13. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник/ За заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка.— К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008.— 507 с.

14. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 13.11.2018р.).

15. Про деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів від 25.04.2018 № 410//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п> (дата звернення 13.11.2018р.).

16. Федорченко Н.В. Договірні зобов'язання з надання послуг: проблеми теорії і практики: монографія. К.: НДІ приватного права і підприємництва НАПрН України, 2015. 328 с.

17. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів від 27.12.2017 № 1101//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п> (дата звернення 13.11.2018р.).

18. Про національну безпеку України: Закон України від 21.06.2018//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19> (дата звернення 13.11.2018р.).

19. Про засади запобігання та протидії дискримінації України: Закон України від 30.05.2014, підстава - 1263-VII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5207-17> (дата звернення 13.11.2018р.).

20. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> (дата звернення 13.11.2018р.).

21. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02/ Н.П. Кризина; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України.— К., 2008.— 36 с.

22. Грузева Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я-2020»//Т. С. Грузева. Вісник проблем біології і медицини.– 2014.– Вип. 3(1).– с. 25-33.

23. Линник С. В. Стратегія ВООЗ «Здоров'я-2020» як засіб прискорення прогресу в досягненні максимального потенціалу у сфері охорони здоров'я населення// С.Линник. Публічне управління: теорія та практика.– 2013.– № 1(13). – с. 191-195.

24. Про Стратегію сталого розвитку "Україна - 2020": Указ Президента України від 12.01.2015//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015> (дата звернення 17.11.2018р.).

25. Здоров'я 2020: український вимір: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р.//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787> (дата звернення 17.11.2018р.).

26. Програма дій «Порядок денний на XXI століття»/ пер. з англ.: ВГО «Україна. Порядок денний на XXI століття».– К.: Інтелсфера, 2000.– 360 с.

27. Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех [пер. с англ.]; ПРООН.– М.: Весь Мир, 2011.– 188с.

28. Мартинюк О.І. Розвиток міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення України: дис. наук. ступеня канд. наук з держ. упр.: 25.00.02/ О. І. Мартинюк.— К., 2006.— 20 с.

29. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від від 04.11.2018, підстава - 2581-VIII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр> (дата звернення 17.11.2018р.).

30. Москаленко В. Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови: (аналітичний огляд)/ В. Ф. Москаленко//Україна. Здоров'я нації.– 2008.– № 3/4.– с. 93-102.

31. Беденко О. А. Актуальність та перспективи медичного права в Україні//О. Беденко. Новости медицины и фармации.– 2007.– № 14 (220)– с. 22-24.
32. Столяров Г. С. Статистика охорони здоров'я: навч.-метод. посібник/ Столяров Г. С., Вороненко Ю. В., Голубчиков М. В.– К.: КНЕУ, 2000.– 187 с., с. 57-83.
33. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь 2017. URL: http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf (дата звернення 19.11.2018р.).
34. Інформаційний бюлетень № 45 «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». 2016 рік. URL: <https://phc.org.ua/pages/diseases> (дата звернення 19.11.2018р.).
35. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та правового рівня.– Харків: ВПП “Контракт”, 2006.– 296с.
36. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я: Устав від 22.07.1946//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599 (дата звернення 21.11.2018р.).
37. Статут Організації Об'єднаних Націй і Статут Міжнародного Суду від 16.09.2005, підстава - 995_e56//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_010 (дата звернення 21.11.2018р.).
38. Москаленко В.Ф. Охорона здоров'я України у світлі вимог Європейського Союзу, конституційних реформ//Український медичний часопис. Науково-практичний загальномедичний журнал.– 2000.– №6(20).
39. Аннан, Кофі А. Ми народи. Роль Організації Об'єднаних Націй у XXI столітті [Текст]: доп. Генерального секретаря Організації Об'єднаних

Націй/ К. А. Аннан; пер. Н. В. Стрішенець.- К.: 2000.- 90 с.- ISBN 92-1-100844-1.

40. Цілі Розвитку Тисячоліття Україна: 2000–2015. URL:http://un.org.ua/images/stories/docs/2015_MDGs_Ukraine_Report_ukr.pdf (дата звернення 21.11.2018р.).

41. Хартія соціальних прав і гарантій громадян Незалежних Держав від 29.10.1994//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_655(дата звернення 23.11.2018 р.).

42. Венедіктова І. В. Проблеми захисту прав пацієнтів у світлі спеціального українського законодавства//Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, 17–18.04.2008, м. Львів.- с. 57-60.

43. Європейська Хартія Прав Пацієнтів в Україні від 15.11.02. URL: www.patienttalk.info/european_charter.pdf (дата звернення 23.11.2018 р.).

44. Про затвердження Положення про Міністерствоохорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністру Ураїни від 10.01.2018, підстава - 1074-2017-п//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>(дата звернення 23.11.2018 р.).

45. Дроздов С. Окремі аспекти інтегрування України в Європейське та світове співтовариство (в світлі проблем прав людини)//Право України. – 1998. – №9.

46. Москаленко В.Ф. Нормативно-правова база – основа діяльності медичних установ і закладів//Законодавство України про охорону здоров'я.– Юрінком Інтер.– 2000.

47. Договір про заснування Європейської Спільноти від 01.01.2005//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL:http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_017 (дата звернення 25.11.2018р.).

48. Примає В. Д. Відшкодування моральної шкоди на засадах справедливості, розумності, добросовісності: монографія/ В. Д. Примає.– К.: Юрінком Інтер, 2014.– 432 с.

49. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: дис. докт. юрид. наук: 12.00.03/ Булеца С. Б.- Одеса, 2016.- 437 с.

50. Постанова Пленуму Верховного Суду України «Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди» від 31.03.1995 р. № 4./База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95> (дата звернення 25.11.2018р.).

51. Сенюта І. Я. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики: монографія. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2018.

52. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 23.11.2018, підстава - v010p710-18//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10> (дата звернення 27.11.2018р.).

53. Кримінальний кодекс України від 10.11.2018, підстава - 2599-VIII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення 27.11.2018р.).

54. Відповідальність медичних працівників. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_35697 (дата звернення 27.11.2018).

55. Кримінально-виконавчий кодекс України від 04.11.2018, підстава - 2581-VIII//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129-15> (дата звернення 27.11.2018р.).

56. Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини: Закон України від 02.12.2012, підстава - 5463-VI//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3477-15> (дата звернення 29.11.2018р.).

57. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод від 02.10.2013, підстава - 994_002-13//База даних «Законодавство України/ ВР України. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення 29.11.2018р.).

58. Про судову практику у справах про захист гідності та честі фізичної особи, а також ділової репутації фізичної та юридичної особи: Постанова Пленуму Верховного суду України № 1 від 27 лютого 2009 року//Вісник Верховного суду України.– 2009.– № 3.– Стор.7.– П.2.

59. Efimenko v Ukraine: Judgment ECHR, application no 55870/00/Strasbourg, 2006. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-76447> (дата звернення 29.11.2018р.).

60. Школьна Н. Огляд рішень європейського суду з прав людини в медичних справах// Школьна Н. Практика управління медичним закладом. – 2014.– № 7.– С.52-60.– С.54.

61. Бендерський проти України: Рішення Європейського суду з прав людини, заява № 22750/02, Страсбург, 2007//Офіційний вісник України. 2008.– №18 від 17.03.2008.– Ст. 207, Ст.535.

62. Salakhov and Islyamova v Ukraine: Judgment ECHR, application no 28005/08/ Strasbourg, 2013. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-117134> (дата звернення 29.11.2018р.).

63. Горшков проти України: Рішення Європейського суду з прав людини, заява № 67531/01/ Страсбург, 2005.– Офіційний вісник України. – 2006.– № 45 від 20.11.2006.– Ст. 349, ст. 3058.

64. Arskaya v Ukraine: Judgment ECHR, application no 45076/05/ Strasbourg, 2014. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-138590> (дата звернення 29.11.2018р.).