

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ЮРИДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЯРОСЛАВА МУДРОГО
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ГЕГЛЮК ОКСАНА МИКОЛАЇВНА

УДК 342.951:351.773

**ДИСЕРТАЦІЯ
ПУБЛІЧНЕ АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

081 «Право»

08 «Право»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії.

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


Геглюк О.М.

Науковий керівник:

**Соловйова Ольга Миколаївна,
кандидат юридичних наук, доцент**

Харків – 2024

АНОТАЦІЯ

Геглюк О. М. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право» з галузі знань 08 «Право». – Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, Міністерство освіти і науки України, Харків, 2024.

Дисертацію присвячено вивченню проблематики публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Сформульовано авторське визначення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, під яким розуміється сукупність організаційних та правових засобів управлінської й сервісної діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, що спрямована на забезпечення реалізації та захисту права на охорону здоров'я, розвиток закладів охорони здоров'я усіх форм власності, здійснення контролю за наданням якісних медичних послуг, гарантування рівних умов отримання медичної допомоги, захист прав пацієнтів та медичних працівників з метою збереження та зміцнення здоров'я населення.

Проведено аналіз становлення й розвитку публічного адміністрування в історичному аспекті, зокрема з урахуванням особливостей його правових та організаційних засад, починаючи з часів Київської держави і донині. Виокремлено основні етапи становлення та розвитку публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я: період Київської держави (IX ст. – до XIII ст.); литовсько-польський період (XIV ст. – до першої половини XVII ст.); імперський (XVIII – до XIX ст.); радянський період (XX ст.); період незалежної України (90-ті роки XX ст. – донині). У періоді незалежної України виокремлено три етапи, кожен з яких характеризується власними особливостями правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, а саме: з 1990 по 2000 роки – започаткування оформлення власного законодавства у сфері охорони здоров'я, закріплення на національному рівні міжнародних гарантій у сфері охорони

здоров'я; незмінність попередніх організаційних засад публічного адміністрування; з 2000 по 2020 роки – кардинальні зміни в публічному адмініструванні у сфері охорони здоров'я, які торкнулися організаційних та правових засад; новітній період з 2020 і дотепер – продовження реформ у сфері охорони здоров'я, але з урахуванням потреб системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Встановлено, що для забезпечення ефективного публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я необхідний дієвий механізм його реалізації, під яким розуміють систему взаємопов'язаних між собою елементів, взаємодія між якими забезпечує досягнення публічного інтересу в окресленій сфері – збереження та зміцнення здоров'я населення. До самостійних елементів механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я віднесено такі: принципи публічного адміністрування в досліджуваній сфері; об'єкт, яким є система охорони здоров'я; нормативно-правові акти, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я; суб'єкти, наділені публічно-владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я.

Обґрунтовано з урахуванням концепції позитивних зобов'язань держави, що об'єктом публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є система охорони здоров'я, представлена сукупністю органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів публічного адміністрування, підприємств, установ та організацій різних форм власності, окремих громадян, щодо яких та в певних випадках через які держава здійснює заходи, спрямовані на сприяння, відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому.

З'ясовано, що публічне адміністрування системою охорони здоров'я задля досягнення мети вимагає поєднання принципів правового регулювання у сфері охорони здоров'я та правозастосовчих принципів, на яких засновується управлінська й сервісна діяльність суб'єктів публічного адміністрування, до яких віднесено загальні принципи (верховенства права, законності, дотримання прав людини та громадянина, найвищої соціальної цінності людини, співпраці суспільства та держави у сфері охорони здоров'я, відповідальності держави за стан

громадського здоров'я, належного публічного адміністрування, офіційності, пропорційності тощо) та спеціальні принципи (вільного вибору лікаря, безбар'єрності та доступності медичних послуг, професійної автономії лікаря тощо).

Визначено, що правове регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я здійснюється низкою нормативно-правових актів, а саме: Конституцією України, законами України, міжнародними договорами, ратифікованими Верховною Радою України, та підзаконними нормативно-правовими актами. З урахуванням значної кількості нормативних джерел проведено їх класифікацію залежно від (1) предмета правового регулювання: ті, що забезпечують організацію та управління сферою охорони здоров'я; ті, що спрямовані на захист прав пацієнтів та медичних працівників; ті, що забезпечують сервісну діяльність у сфері охорони здоров'я, зокрема і з застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій; ті, що встановлюють відповідальність медичних працівників та порядок відшкодування шкоди, завданої здоров'ю; ті, що визначають правила фінансування системи охорони здоров'я; ті, що регламентують безпечні умови праці та життєдіяльності; ті, що визначають засади здійснення контролю (нагляду) у сфері охорони здоров'я; та залежно від (2) сфери правового регулювання: ті, що регламентують фармацевтичну діяльність та аптекарську справу; санітарно-епідеміологічне благополуччя населення та захист від інфекційних хвороб; донорство крові та трансплантацію органів; репродуктивне здоров'я та репродуктивні технології; забезпечення права на охорону здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану; попередження і боротьбу зі шкідливими звичками; аюрведичну (народну) та нетрадиційну медицину; проведення судово-медичних та психіатричних експертиз; проведення реабілітаційних заходів.

З'ясовано, що система суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я представлена сукупністю взаємопов'язаних між собою органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, взаємодія яких сприяє ефективній роботі системи

охорони здоров'я, забезпечує відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому. Проведено класифікацію суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я залежно від виду компетенції на органи: загальної компетенції (Кабінет Міністрів України, місцеві державні адміністрації); галузевої компетенції (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України); функціональної компетенції (Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, їх територіальні органи); та спеціальної компетенції (органи, які мають лише окремі (відомчі) повноваження у сфері охорони здоров'я, – Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України). Ефективність діяльності суб'єктів публічного адміністрування, крім іншого, забезпечується через залучення до розроблення та прийняття рішень консультативно-дорадчих органів та міжнародних інституцій.

Встановлено, що державний контроль у сфері охорони здоров'я – це діяльність органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, врегульована нормами законодавства про охорону здоров'я, державними та міжнародними стандартами, спрямована на перевірку дотримання вимог чинного законодавства з метою забезпечення якісної, висококваліфікованої та своєчасної медичної допомоги, зокрема психіатричної допомоги; санітарно-епідеміологічного благополуччя населення; безпечних умов праці працівників, зокрема підлітків; якості і безпеки лікарських засобів; обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; дотримання ліцензійних умов медичної практики, а також банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

З'ясовано, що громадський контроль у сфері охорони здоров'я передбачає діяльність громадськості, спрямовану на забезпечення законності та прозорості в роботі державних органів, органів місцевого самоврядування і системи охорони здоров'я взагалі, що виражається у виконанні завдань, пов'язаних із захистом

законних прав та інтересів особи, а також її фундаментальних свобод і поваги до них. Законодавчо регламентованими формами громадського контролю визначено наглядові ради, опікунські ради, професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я та громадські слухання з питань охорони здоров'я.

Обґрунтовано, що основною відмінністю державного та громадського контролю у сфері охорони здоров'я є те, що громадський контроль порівняно з державним не володіє владним характером, а є допоміжним інститутом контролю, який сприяє виявленню недоліків у роботі закладів охорони здоров'я й органів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, і потребує нормативного врегулювання.

Проведено аналіз практики публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах та акцентовано увагу на таких провідних країнах, як Японія, Німеччина та США, на підставі показників здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших). З'ясовано, що головною спільною рисою систем охорони здоров'я провідних зарубіжних країн за основними показниками здоров'я (Японія, Німеччина та США) є наявність страхової медицини. Запропоновано запровадити подібний досвід в українську систему охорони здоров'я. Визначено, що запровадження страхової медицини стане важливим напрямком у реформуванні сфери охорони здоров'я в нашій країні, оскільки сприятиме підвищенню якості медичних послуг, розвитку медичної інфраструктури та науки, збільшенню розмірів фінансування закладів охорони здоров'я, а головне – допоможе досягти належних основних показників здоров'я.

Встановлено, що цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я спрямована на формування та функціонування eHealth, складовими якої є такі: електронна система охорони здоров'я, eКров, e-Stock, MedData, електронна система забезпечення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я, Єдина державна інформаційна система трансплантації органів та тканин, інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб», електронна система епідеміологічного нагляду.

Визначено напрямки цифровізації публічного адміністрування у сфері

охорони здоров'я, до яких належить електронний документообіг (електронний рецепт, електронне направлення), надання медичної допомоги з використанням інформаційно-комунікаційних технологій (телемедицина), побудова єдиного медичного простору.

Запропоновано для реформування публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я розробити та прийняти нормативно-правові акти щодо: (1) організації надання спеціалізованої медичної допомоги; (2) встановлення адміністративної відповідальності за адміністративні проступки в частині порушення законної діяльності медичних працівників; публічної образи медичного працівника при наданні медичної допомоги; несвоєчасного та неповного надання інформації пацієнту про стан його здоров'я; проведення лікарських маніпуляцій та процедур лікарем, який не має на те відповідних дозвільних документів; (3) удосконалення комплексу організаційно-правових заходів з надання реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану.

Доведено необхідність створення контролюючого органу при Національній службі здоров'я України – аудиторського комітету, метою діяльності якого є своєчасне та достовірне введення інформації з медичної документації в електронну медичну систему.

Надано пропозиції щодо оптимізації механізмів кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, а саме: створити єдину програму дипломної та післядипломної підготовки фахівців сфери охорони здоров'я на основі міжнародних стандартів; проводити незалежний кваліфікаційний іспит після закінчення інтернатури, який повинен містити як теоретичну, так і практичну частини, із залученням фахівців інших наукових установ та закладів охорони здоров'я для забезпечення прозорості та достовірності отриманих знань; публікувати відкриті вакансії на офіційних вебсайтах закладів охорони здоров'я та постійний моніторинг можливих корупційних ризиків у сфері кадрової політики; забезпечувати державне фінансування цільових наукових досліджень у сфері охорони здоров'я; здійснювати контроль за працевлаштуванням випускників медичних навчальних закладів усіх рівнів, які навчалися за державним замовленням; виплачувати

заробітну плату залежно від наданих медичних послуг, преміювати залежно від обсягу навантаження лікаря та складності роботи; запровадити анонімне анкетування серед пацієнтів у закладах охорони здоров'я для визначення задоволеності громадян якістю медичних послуг.

Запропоновано розробити в розділі «Послуги» в застосунку «Дія» або на Єдиному державному вебпорталі електронних послуг інструменти для укладання декларації пацієнта із лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Ключові слова: публічне адміністрування, охорона здоров'я, захист прав людини, сфера охорони здоров'я, система охорони здоров'я, права людини, право на охорону здоров'я, громадське здоров'я, контроль у сфері охорони здоров'я, цифровізація, телемедицина.

ABSTRACT

O. M. Gegliuk. Public Administration in Health Care. – Qualification scholarly paper: as a manuscript.

Thesis submitted for obtaining the Doctor of Philosophy degree in Speciality 081 – «Law» (Branch of knowledge 08 – «Law»). – Yaroslav Mudryi National Law University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, 2024.

The thesis is an examination of the issues of public administration in health care.

The author's definition of public administration has been formulated in the field of health care, which is understood as a set of organisational and legal means of management and service activities of state bodies, local self-government bodies and other entities assigned public authority powers aimed at ensuring the realisation and protection of the right to health care, the development of healthcare institutions of all forms of ownership, control over the provision of quality medical services, guaranteeing equal conditions for obtaining medical care, protection of the rights of patients and medical carers, with the aim of preserving and strengthening the health of the population.

The characteristics of the formation and development of public administration in the historical aspect are described, particularly taking into account the peculiarities of its legal and organisational principles, commencing from the times of the Kyiv State and

continuing to the present day. The main stages of the formation and development of public administration in the field of health care are the period of the Kyiv State (9th - 13th centuries); the Lithuanian-Polish period (14th century - first half of 17th century); the Imperial period (18th- 19th centuries); the Soviet period (20th century) and the period of independent Ukraine (the 1990s - until now). In the period of independent Ukraine, three stages can be observed, each having their own features of the legal and organisational principles of public administration, namely: from 1990 to 2000 - initiation of own health care legislation, reinforcement of international health care guarantees at the national level; retaining the previous organisational principles of public administration; from 2000 to 2020 - radical changes in public organisation in the field of health care, which affected organisational and legal principles; the modern period from 2020 to the present – continuing reforms in the field of health care but taking into account the needs of the healthcare system under martial law.

It has been established that to ensure efficient public administration in the field of health care, an effective mechanism for its implementation is necessary, which is understood as a system of interconnected elements, the interaction between which ensures the achievement of public interest in the outlined area - the preservation and strengthening of the health of the population. The independent elements of the mechanism of public administration in the field of health care include: principles of public administration in the studied area; the object, which is the health care system; legal acts that regulate relations in the field of health care; entities vested with public authority in the field of health care.

It has been substantiated, taking into account the concept of positive obligations of the state, that the healthcare system is the object of public administration in the field of health care, and is represented by a set of state authorities, local governments, other subjects of public administration, enterprises, institutions and organisations of various forms of ownership, individual citizens, in relation to whom and in certain cases through whom, the state carries out measures aimed at promoting, restoring or supporting the health of a particular individual and the health of the population as a whole.

It has been found that public administration of the healthcare system, in order to

achieve its goal, requires a combination of the principles of legal regulation in the healthcare sector and law enforcement principles on which the management and service activities of public administration entities are based, which include: general principles (the rule of law, legality, respect for human and citizen rights, the highest social value of man, cooperation between society and the state in the healthcare sector, the responsibility of the state for the state of public health, proper public administration, officialdom, proportionality, etc.); special principles (free choice of doctor, barrier-free and accessible medical services, professional autonomy of the doctor, etc.).

It has been determined that the legal regulation of public administration in the field of health care is carried out by a number of regulatory and legal acts, namely: the Constitution of Ukraine, Acts of Ukraine, international treaties ratified by the Verkhovna Rada of Ukraine and subordinate regulatory and legal acts. Taking into account a significant number of regulatory sources, they have been classified depending on (1) the subject of legal regulation into those that: ensure the organisation and management of the health care sector; are aimed at protecting the rights of patients and medical carers; provide service activities in the health care sector, including the use of information and communication technologies; establish the responsibility of medical carers and the procedure for compensating for harm caused to health; determine the rules of financing the health care system; regulate safe working and living conditions; determine the principles of control (supervision) in the health care sector; and (2) the scope of legal regulation - into those that regulate: pharmaceutical activities and pharmacy business; sanitary and epidemiological well-being of the population and protection from infectious diseases; blood donation and organ transplantation; reproductive health and reproductive technologies; ensuring the right to health care in emergency situations and martial law; prevention and fight against harmful habits; Ayurvedic (folk) and non-traditional medicine; conducting forensic and psychiatric examinations; conducting rehabilitation activities.

It was discovered that the system of public administration subjects in the field of health care is represented by a set of interconnected state authorities, local self-government bodies, and other subjects endowed with public powers, the interaction of

which contributes to the effective operation of the healthcare system and ensures the restoration or maintenance of the health of the individual and the population as a whole. The classification of public administration subjects in the field of health care, depending on the type of competence, is carried out into bodies: general competence (the Cabinet of Ministers of Ukraine, local state administrations); sectoral competence (the Ministry of Health Protection of Ukraine, the National Health Service of Ukraine); functional competence (the State Service of Ukraine on Medicines and Drugs Control, the State Service of Ukraine on Food Safety and Consumer Protection and their territorial bodies); and special, that is, bodies that have only separate (departmental) powers in the field of health care (the Ministry of the Interior and the Ministry of Defence of Ukraine). The effectiveness of the activities of public administration entities, among other things, is ensured through the involvement in the development and adoption of decisions by consultative and advisory bodies and international institutions.

It has been established that state control in the field of health care is the activity of executive authorities and local self-government bodies, regulated by the norms of health care legislation, state and international standards, aimed at verifying compliance with the requirements of current legislation in order to ensure high-quality, highly qualified and timely medical care, in particular psychiatric care; sanitary and epidemiological well-being of the population; safe working conditions for employees, in particular adolescents; quality and safety of medicines; circulation of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors; compliance with licensing conditions for medical practice, as well as banks of umbilical cord blood, other human tissues and cells, production of medicines, import of medicines (except for active pharmaceutical ingredients), wholesale and retail trade in medicines.

It was established that public control in the field of health care includes the activities of the public aimed at ensuring legality and transparency in the work of state bodies, local authorities and the health care system in general. This is reflected in the execution of tasks related to the protection of the lawful rights and interests of individuals, as well as their fundamental freedoms and respect for them. The following are defined as forms of public control regulated by law: supervisory boards, trustee boards, professional self-governance

in the field of health care and public hearings on healthcare issues.

It is substantiated that the main difference between state and public control in the field of health care is that public control, in comparison with state, does not have an authoritarian nature, but is an auxiliary controlling institution that helps identify shortcomings in the work of healthcare institutions and public administration bodies in the field of health care and requires regulation.

An analysis of public administration practices in the field of health care in foreign countries was conducted and attention was focused on leading countries, including: Japan, Germany and the USA, based on key health indicators (life expectancy, infant mortality and a number of others). It was found that the main common feature of the healthcare systems of leading foreign countries in terms of key health indicators (Japan, Germany and the USA) is the availability of insurance medicine. It was proposed to introduce similar experience into the Ukrainian healthcare system. It was determined that the introduction of insurance medicine will become an important direction in reforming the healthcare sector in our country, as it will contribute to improving the quality of medical services, developing medical infrastructure and science, increasing the amount of financing for healthcare institutions, and most importantly, will help achieve appropriate key health indicators.

It has been established that the digitalisation of public administration in the field of health care is aimed at the formation and functioning of e-Health, the constituent elements of which are: an electronic health care system, eBlood, e-Stock, MedData, an electronic system for ensuring continuous professional development of health carers, the Unified State Information System for Organ and Tissue Transplantation, the information system "Monitoring of Socially Significant Diseases", an electronic system for epidemiological surveillance.

The directions of digitalisation of public administration in the field of health care have been determined, which include: electronic document flow (electronic prescription, electronic referral); provision of medical care using information and communication technologies (telemedicine); construction of a single medical space.

It is proposed to develop and adopt regulatory legal acts for the reform of public

administration in the sphere of health care regarding: (1) the organisation of the provision of specialised medical care; (2) the establishment of administrative liability for administrative offences in terms of violation of the legal activities of medical professionals; public insult of a medical professional when providing medical care; untimely and incomplete provision of information to the patient about his health status; conducting medical manipulations and procedures by a doctor who does not have the appropriate permits; (3) improving the set of organisational and legal measures for the provision of rehabilitation care under martial law.

The need to create a supervisory body under the National Health Service of Ukraine - an audit committee, for the purpose of the timely and reliable entry of information from medical records into the electronic medical system has been proved.

Proposals have been made to optimise the mechanisms for staffing the healthcare sector, namely: to create a single programme of diploma and postgraduate training for healthcare professionals based on international standards; to conduct an independent qualification exam after the internship, which should include both theoretical and practical parts with the involvement of specialists from other scientific and healthcare institutions to ensure transparency and reliability of the knowledge obtained; to publish open vacancies on the official websites of healthcare institutions and constant monitoring of possible corruption risks in the field of personnel policy; to provide state funding for targeted scientific research in the healthcare sector; to monitor the employment of graduates of medical educational institutions of all levels who studied under a state order; to pay salaries depending on the medical services provided, bonuses depending on the doctor's workload and the complexity of the work; to introduce anonymous questionnaires among patients in healthcare institutions to determine citizens' satisfaction with the quality of medical services.

It is proposed to develop tools in the «Services» section of the «Diya» application or on the Unified State Web Portal of Electronic Services for concluding a patient declaration with a general practitioner - family doctor.

Keywords: public administration, healthcare, protection of human rights, healthcare sector, healthcare system, human rights, right to healthcare, public health, control in the

healthcare sector, digitalisation, telemedicine.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації

1. Геглюк О.М. Євроінтеграційні вектори реформування системи охорони здоров'я України. *Право і суспільство*. 2022. №3. С.154 – 161.
2. Геглюк О. М. Нормативно-правове забезпечення цифровізації, як пріоритетного напрямку реформування системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права*. 2022. № 96. С. 36 – 43.
3. Геглюк О. М. Характеристика законодавства у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. № 81 (2). С. 79 – 89.
4. Геглюк О. М. Контроль у сфері охорони здоров'я. *Juris Europensis Scientia*. 2024. № 4. С. 56-63.

Наукові праці, у яких засвідчено апробацію дослідження

1. Геглюк О. М. Нормативно-правове забезпечення цифровізації у сфері охорони здоров'я. *Джерела права в наукових юридичних дослідженнях: тези доп. другого аспір. столу за курсом «Форми (джерела) права»* (м. Харків, 17 черв. 2022 р.). Харків, 2022. С. 23-26.
2. Геглюк О. М. Захист інформації в електронній системі охорони здоров'я. *Сектор безпеки України: актуальні питання науки та практики: зб. наук. статей, тез доповідей та повідомлень за матеріалами X Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Харків, 19-20 трав. 2022 р.). Харків, 2022. С.19-20.
3. Геглюк О. М. Акредитація закладів охорони здоров'я як різновид адміністративної процедури. *Адміністративна процедура: конституційні засади та європейські орієнтири: зб. наук. праць за матеріалами міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Харків, 27 черв. 2022 р.). Харків, 2022. С. 183-187.
4. Геглюк О. М. Принципи права у сфері охорони здоров'я. Інновації та науковий потенціал світу: матеріали III Міжнар. наук. конф. (м. Хмельницький, 10 лист. 2023 р.). Хмельницький, 2023. С. 99-103.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	14
1.1 Генеза публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	14
1.2 Поняття та сутність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	31
1.3 Система охорони здоров'я як об'єкт публічного адміністрування.....	38
1.4 Правове регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	47
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	64
2.1 Принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	64
2.2 Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	76
2.3 Контроль у сфері охорони здоров'я.....	101
2.4 Цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	116
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	131
3.1 Практика публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах.....	131
3.2 Шляхи вдосконалення правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.....	138
3.3 Оптимізація механізмів професійного кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.....	151
ВИСНОВКИ.....	160
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	166
ДОДАТКИ.....	195

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

БПР – безперервний професійний розвиток

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

Декларація – Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу

Держлікслужба України – Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками

Держпродспоживслужба – Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів

ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я

ЄС – Європейський Союз

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗСУ – Збройні сили України

КК України – Кримінальний кодекс України

КМУ – Кабінет Міністрів України

КУпАП – Кодекс України про адміністративні правопорушення

ММА – Міжнародна медична асоціація

Міндовкілля – Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

НАМН – Національна академія медичних наук України

Нацсоцслужба – Національна соціальна сервісна служба

Основи законодавства – Основи законодавства України про охорону здоров'я

Портал Дія - Єдиний державний вебпортал електронних послуг

Проект Кодексу – Проект Кодексу про адміністративні проступки

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

РНБО – Рада національної безпеки та оборони України

СЗХ – соціально значущі хвороби

Угода про асоціацію – Угода про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншого боку

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Здоров'я населення визнається одним із основних чинників національної безпеки та розвитку економіки будь-якої країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності публічного адміністрування та потребує злагодженої роботи всіх державних органів. Сучасну державу важко уявити без реалізації державної політики саме у сфері охорони здоров'я, адже досягнення задовільного стану індивідуального та громадського здоров'я є запорукою розвитку держави та гармонійних відносин у суспільстві загалом. Своєю чергою правова держава засновується на офіційному визнанні прав і свобод людини, її честі та гідності як вищої цінності, а також закріпленні основних прав і свобод людини в національному законодавстві. Серед основних прав ключова роль належить правам на охорону здоров'я, медичну допомогу та якісні медичні послуги. Для забезпечення реалізації та захисту зазначених прав кожна держава має створити дієву систему охорони здоров'я та здійснювати ефективне публічне адміністрування у цій сфері.

На сьогодні ситуація у системі охорони здоров'я, обумовлена епідемією COVID-19, військовою агресією Російської Федерації проти України, виїздом з України населення та медичного персоналу, змушує переглядати механізм публічного адміністрування у цій сфері. Окрім того, війна зумовила нові потреби у сфері охорони здоров'я, зокрема необхідність підтримки психічного здоров'я та реабілітації, забезпечення закладів охорони здоров'я, особливо наближених до зон бойових дій, медичним обладнанням та медикаментами, професійної підготовки працівників охорони здоров'я, здатних надавати невідкладну медичну допомогу тощо. Таким чином, оптимізація публічного адміністрування та вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я, запровадження міжнародних стандартів має надзвичайно важливе значення в умовах реформування та забезпечить надання високоякісних медичних послуг, рівний доступ до їх отримання та безпеку громадян. Саме тому дослідження публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я вимагають ґрунтовного опрацювання, зокрема організаційних та правових

засад публічного адміністрування у цій сфері.

Доктринальну базу дослідження становлять наукові праці українських та зарубіжних вчених у галузі загальної теорії права, конституційного, адміністративного, трудового права та інших галузей. Теоретичну та практичну проблематику публічного адміністрування було розглянуто в наукових дослідженнях таких вчених: В. Б. Авер'янов, В. М. Гаращук, З. С. Гладун, Н. К. Ісаєва, О. В. Клименко, О. В. Кузьменко, В. Ф. Опришка, О. О. Прасов, О. Г. Рогова та інші. Питання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я з окремих питань порушено в роботах таких учених, як С. Б. Булеца, І. В. Бойко, Р. Ю. Гревцова, В. В. Захарчук, О. Т. Зима, Д. О. Гомон, Б. О. Логвиненко, М. В. Менджул, Р.В. Миронюк, Я. Ф. Радиш, І. Я. Сенюта, С. Г. Стеценко та О. М. Шевчук.

Попри вагомий внесок вітчизняних науковців у дослідження публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, динамічний розвиток медичної сфери потребує подальшого його вивчення, особливо в умовах безпекових викликів, та обумовлює вибір теми дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Обрана тема дисертаційного дослідження відповідає плану науково-дослідних робіт кафедри адміністративного права та виконана в межах цільової комплексної програми «Конституційно-правові проблеми забезпечення верховенства права у функціонуванні механізму публічної влади в Україні» Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (0111u000966).

Тему дисертаційної роботи затверджено вченою радою Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (протокол № 4 від 23.11.2021 р.).

Мета та завдання дослідження. Метою дисертації є отримання нових результатів у формі наукових висновків стосовно сутності та особливостей публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, виявлення проблем у правовому та організаційному забезпеченні публічного адміністрування в окресленій сфері, а також надання обґрунтованих пропозицій і рекомендацій для їх

вирішення.

Відповідно до поставленої мети основними завданнями дослідження є:

- простежити генезу публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- визначити поняття та сутність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- розкрити зміст та структурні елементи механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- визначити структурні елементи системи охорони здоров'я як об'єкта публічного адміністрування в цій сфері;
- розкрити стан правового регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- визначити принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати систему суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- з'ясувати сутність державного та громадського контролю у сфері охорони здоров'я;
- розкрити напрямки цифровізації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати міжнародний досвід публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та можливості його запозичення в Україні;
- сформулювати науково обґрунтовані пропозиції щодо вдосконалення законодавства та організації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- визначити пріоритетні напрямки оптимізації механізмів професійного кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, які виникають при здійсненні публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертаційної роботи слугували філософські, загальнотеоретичні та спеціальні методи наукового пізнання, вибір яких обумовлений особливостями мети, завдань, об'єкта та

предмета дослідження. Використання історико-правового методу дозволило проаналізувати генезу публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та обґрунтувати доцільність подальшого наукового дослідження цієї проблематики (підрозділ 1.1). Діалектичний метод застосовувався для визначення сутності та основних детермінант публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та цифровізації як пріоритетного напрямку його реформування (підрозділ 1.2, 2.4). Метод систематизації дав змогу визначити основні елементи системи охорони здоров'я (підрозділ 1.3). Структурно-функціональний метод застосовувався для дослідження правових засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я (підрозділ 1.4). Формально-логічний метод дав змогу визначити основні поняття, серед яких «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я», «механізм публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я», «система суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я» (підрозділи 1.4, 2.2). Компаративний метод та метод моделювання використано для визначення шляхів удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я (підрозділи 3.2, 3.3). Порівняльно-правовий метод дозволив визначити принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я з урахуванням міжнародно-правових гарантій (підрозділи 2.1, 3.1).

Наукова новизна отриманих результатів. Представлена робота є комплексним науковим дослідженням проблематики публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. До найбільш вагомих результатів, які відображають наукову новизну дисертації та виносяться на захист, належать такі положення.

Уперше:

- сформульовано авторське бачення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я як сукупності організаційних та правових засобів управлінської й сервісної діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, що спрямована на забезпечення реалізації та захисту права на охорону здоров'я, розвиток закладів охорони здоров'я усіх форм власності, здійснення контролю за наданням якісних медичних послуг, гарантування рівних умов отримання медичної допомоги, захист

прав пацієнтів та медичних працівників з метою збереження та зміцнення здоров'я населення;

- доведено, що механізм публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я являє собою систему взаємопов'язаних між собою елементів, взаємодія між якими забезпечує досягнення публічного інтересу в окресленій сфері – збереження та зміцнення здоров'я населення. До самостійних елементів механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я віднесено такі: принципи публічного адміністрування в досліджуваній сфері; об'єкт, яким є система охорони здоров'я; нормативно-правові акти, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я; суб'єкти, наділені публічно-владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я;

- обґрунтовано з урахуванням концепції позитивних зобов'язань держави, що об'єктом публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є система охорони здоров'я, яка представлена сукупністю органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів публічного адміністрування, підприємств, установ та організацій різних форм власності, окремих громадян, щодо яких та в певних випадках через які держава здійснює заходи, спрямовані на сприяння, відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому;

- з'ясовано, що публічне адміністрування системою охорони здоров'я задля досягнення мети вимагає поєднання принципів правового регулювання у сфері охорони здоров'я та правозастосовчих принципів, на яких засновується управлінська та сервісна діяльність суб'єктів публічного адміністрування;

- наведено аргументи щодо необхідності розробки та прийняття окремого нормативно-правового акту, спрямованого на регламентацію та деталізацію організації надання спеціалізованої медичної допомоги;

- актуалізовано питання щодо доцільності створення контролюючого органу при Національній службі здоров'я України – аудиторського комітету, метою діяльності якого є своєчасне та достовірне введення інформації з медичної документації в електронну медичну систему;

- запропоновано визначити додаткові склади адміністративних проступків у сфері охорони здоров'я шляхом включення їх до проєкту Кодексу про адміністративні проступки для подальшого обговорення, а саме: порушення законної діяльності медичних працівників; публічна образа медичного працівника при наданні медичної допомоги; несвоєчасна та неповно надана інформація пацієнту про стан його здоров'я; проведення лікарських маніпуляцій та процедур лікарем, який не має на те відповідних дозвільних документів;

- наведено аргументи щодо вдосконалення комплексу організаційно-правових заходів з надання реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану шляхом розроблення та прийняття Концепції розвитку реабілітаційної допомоги, соціальної адаптації та соціальної підтримки військовослужбовців та осіб, що постраждали від збройної агресії Російської Федерації проти України;

- актуалізовано питання розроблення інструментів укладання декларації пацієнта із лікарем загальної практики – сімейним лікарем з використанням Єдиного державного вебпорталу електронних послуг (Портал-Дія);

удосконалено:

- класифікацію нормативно-правових актів, що регламентують публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я залежно від предмета та сфери правового регулювання;

- уявлення про систему суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, що представлена сукупністю взаємопов'язаних між собою органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, взаємодія яких сприяє ефективній роботі системи охорони здоров'я, забезпечує відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому;

- уявлення про об'єкти державного контролю у сфері охорони здоров'я, до яких віднесено: 1) якість медичної допомоги; 2) санітарно-епідеміологічне благополуччя населення; 3) обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів; 4) якість лікарських засобів, безпека; 5) здоров'я дітей у дитячих виховних (навчальних) закладах, трудове і виробниче навчання, умови праці

підлітків; 6) медична допомога в санаторно-курортних закладах; 7) надання психіатричної допомоги; 8) народна медицина (цілителство); 9) ліцензійні умови медичної практики, а також банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами;

набули подальшого розвитку:

- характеристика становлення та розвитку публічного адміністрування в історичному аспекті, зокрема з урахуванням особливостей його правових та організаційних засад, починаючи з часів Київської держави і донині;

- пропозиції щодо врахування зарубіжного досвіду публічного адміністрування у сфері здоров'я, зокрема шляхом запровадження страхової медицини та пропагування здорового способу життя;

- аналіз виокремлення основних етапів становлення та розвитку публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я: період Київської держави (IX ст. – до XIII ст.); литовсько-польський період (XIV ст. – до першої половини XVII ст.); імперський (XVIII – до XIX ст.); радянський період (XX ст.); період незалежної України (90-ті роки XX ст. – донині) з поділом на три етапи, кожен з яких характеризується власними особливостями правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я;

- характеристика громадського контролю у сфері охорони здоров'я як діяльності громадськості, спрямовану на забезпечення законності та прозорості в роботі державних органів, органів місцевого самоврядування і системи охорони здоров'я взагалі, що виражається у виконанні завдань, пов'язаних із захистом законних прав та інтересів особи, а також її фундаментальних свобод і поваги до них. Законодавчо регламентованими формами громадського контролю визначено наглядові ради, опікунські ради, професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я та громадські слухання з питань охорони здоров'я;

- пропозиції з оптимізації механізмів кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що теоретичні положення, висновки, пропозиції та рекомендації, сформульовані в дисертації, можуть бути використані: 1) *у науково-дослідній діяльності* – для подальших наукових досліджень проблем публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я; 2) *у правотворчій діяльності* – при внесенні змін і доповнень до Закону України «Про основи законодавства у сфері охорони здоров'я» та при вдосконаленні підзаконних нормативних актів України у сфері охорони здоров'я, зокрема під час розробки Концепції розвитку реабілітаційної допомоги, соціальної адаптації та соціальної підтримки військовослужбовцям та особам, що постраждали внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, внесення доповнень до актів, що встановлюють адміністративну відповідальність; 3) *у правозастосовчій діяльності* – для формування пропозицій щодо вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я (акт впровадження Національної академії правових наук України «Науково-дослідний інститут державного будівництва та місцевого самоврядування») та в управлінській діяльності закладів охорони здоров'я (акт впровадження КНП ХОР «Обласного медичного клінічного центру урології і нефрології імені В. І. Шаповала»); 4) *у навчальному процесі* – під час підготовки підручників, навчальних посібників, навчально-методичних матеріалів з дисциплін, пов'язаних з адміністративно-правовим забезпеченням публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, у процесі викладання навчальних дисциплін «Адміністративне право», «Медичне право», «Публічне адміністрування».

Апробація матеріалів дисертації. Теоретичні висновки й практичні рекомендації, що містяться в дисертаційній роботі, обговорювалися та були схвалені на засіданнях кафедри адміністративного права Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, апробовані на міжнародних науково-практичних конференціях: «Джерела права в наукових юридичних дослідженнях» (м. Харків, 17 червня 2022 року), «Сектор безпеки України: актуальні питання науки та практики» (м. Харків, 19-20 травня 2022 року), «Адміністративна процедура: конституційні засади та європейські орієнтири» (м.

Харків, 27 червня 2022 року), «Інновації та науковий потенціал світу» (м. Хмельницький, 10 листопада 2023 року).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, що об'єднують одинадцять підрозділів, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 212 сторінки, з яких 165 сторінок – основного тексту, список використаних джерел – з 301 найменування займає 29 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Генеза публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Здорова нація – запорука успішного розвитку держави та суспільства. Тому покращення здоров'я та благополуччя як окремих громадян, так і населення в цілому шляхом надання своєчасної, ефективної та високоякісної допомоги є одним із пріоритетних завдань держави. Виконання цього завдання серед іншого досягається через специфічну державну діяльність, що полягає у здійсненні управління у різних сферах з боку спеціально уповноважених суб'єктів та називається публічним адмініструванням або публічним управлінням. Генеза публічного адміністрування, зокрема у сфері охорони здоров'я, дає можливість зрозуміти його сутність, значення, безпосередньо спрогнозувати тенденції розвитку та перспективи вдосконалення. Тому з метою вирішення актуальних проблем, що виникають у процесі реформування сфери охорони здоров'я, надзвичайно важливим є аналіз історичної спадщини в окресленій сфері нашої держави.

Періодизація становлення системи охорони здоров'я вчені визначають по-різному. Так, М. Л. Сятиня зазначає, що в загальній історії людства сфера охорони здоров'я є невід'ємною частиною різних історико-цивілізаційних епох: первіснообщинної, рабовласницької, феодальної, капіталістичної, а також сучасного постіндустріального суспільства, яке розвивається в умовах банківського капіталу, цифрових та інтернет-технологій [1, с. 234]. В. В. Захарчук у своєму дисертаційному дослідженні виділяє такі етапи розвитку: первісний етап (600 млн років тому – до XII-VI тис. до н. е.); етап Київської держави (IX ст. – до XIII ст.); литовсько-польський етап (включно з козацькою державністю) (XIV ст. – до першої половини XVII ст.); імперський етап (XVIII – до XIX ст.); радянський етап (XX ст.); етап Української самостійності (друга половина XX ст.);

етап Сучасної України (початок XXI ст. – донині) [2, с. 25]. Д. О. Гомон зазначає шість періодів, зокрема: 1) X – XVII століття; правління Петра Великого; 3) середина XVIII до початку XX ст.; 4) радянський період (1917-1991 рр.); 5) становлення і розвиток правового забезпечення охорони здоров'я у незалежній Україні (1991-2016 рр.); 6) реформування адміністративно-правового та організаційного забезпечення системи охорони здоров'я (2016 р. і дотепер) [3, с. 45].

На нашу думку, з урахуванням історичного розвитку Української держави, зокрема тимчасового перебування окремих її територій у складі різних країн, пропонуємо періодизацію для дослідження публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, у якій систематизовано та сформульовано основні періоди й визначено основні ознаки кожного з них:

1. Київської держави (IX ст. – до XIII ст.).
2. Литовсько-польський (XIV ст. – до першої половини XVII ст.).
3. Імперський (XVIII – до XIX ст.).
4. Радянський (XX ст.).
5. Незалежної України (друга половина XX ст. – донині).

Період Київської держави (IX ст. – до XIII ст.). Становлення системи охорони здоров'я та її публічного адміністрування розпочалося ще за часів Київської держави. У цей період з'явилися перші професійні лікарі та медичні установи, які набули державного статусу. Головними нормативно-правовими актами, які регулювали медичну діяльність, були «Церковний Статут» Володимира Великого та Руська Правда [4, с. 35].

Характерними для цього періоду були три форми надання медичної допомоги: монастирська, народна та світська. Відповідно до Церковного Статуту Володимира Великого 1015 року, лікарні визнавалися церковними установами, а лікарів вважали церковними діячами, які підпорядковувалися єпископу [5, с. 58]. Дана форма надання медичної допомоги називалася монастирською. Зародження перших лікарень пов'язують саме із монастирською медициною. Перший на Русі-Україні Монастирський Статут був запроваджений у 1063 році Ігуменом Києво-

Печерської Лаври Феодосієм Печерським (1036-1074). Документом регулювалася організація опікування хворих та калік. Під час воєнних дій монастирські лікарні перепрофілювали на військові шпиталі, а під час епідемій – на карантинні. Окрім монастирської, існувала також народна медицина, заснована на традиціях язичництва. Вона діяла в умовах віри людей у надприродні сили та регулювалася силою звичаїв і морально-етичних норм [6]. Вищезазначені форми медичної допомоги були безоплатними. Ще одним різновидом медичної допомоги була світська медицина, регламентація якої здійснювалася нормами Руської Правди, першого збірника законодавчих актів всієї Київської держави. Організація світської медицини характеризувалася певними особливостями: лікарі працювали на професійній основі, а надання медичної допомоги було джерелом їхнього доходу. Окрім цього, заможні особи віддавали перевагу світським лікарням, щоб отримати якісну та висококваліфіковану медичну допомогу [7, с. 13-14].

До основних ознак управління сферою охорони здоров'я періоду Київської держави можна віднести такі: 1) організація сфери охорони здоров'я здійснювалася на підставі Церковного Статуту та Руської Правди; 2) існування трьох форм надання медичної допомоги: народна, монастирська та світська, – кожна з яких засновувалась на відповідних нормах (звичаї, Церковний Статут, Руська Правда); 4) поділ медичної допомоги на платну та безоплатну.

Литовсько-польський період (XIV ст. – до першої половини XVII ст.). Характерною особливістю цього періоду є започаткування укладання угод лікарів із населенням про медичне обслуговування, за яке вимагався аванс і висока оплата. Лікарі зобов'язувалися вилікувати певне захворювання у визначений термін. Медичну допомогу населенню надавали не дипломовані фахівці, а лікарі-практики, які керувалися багаторічним досвідом емпіричної медицини.

Із запровадженням Магдебурзького права почала застосовуватися європейська правова практика, згідно з якою діяльність усіх професійних корпорацій регулювалася нормативними актами, тобто цеховими статутами. До таких корпорацій також належали і лікарі-практики, відомі як цирульники [8, с. 101]. Навчалися свого ремесла цирульники у дипломованих лікарів-чужинців, яких

запрошували до королівських або князівських дворів, а також до маєтків магнатів і шляхти. Наприклад, у податковому списку Львова за 1405 рік згадується доктор медицини Бенедикт. Відомо, що лікарі-фахівці іноді потрапляли і на Запорозьку Січ, де лікували переважно старшин та гетьманів. Дипломовані лікарі зазвичай мали кількох учнів, які допомагали їм у роботі, навчалися виконувати дрібні лікувальні маніпуляції та набували навичок догляду за хворими. Таким чином, досвід народної медицини поєднувався з тогочасною європейською університетською лікарською практикою. Так само дипломовані лікарі мали можливість працювати в невеличких містах та селах, окрім міст, де були цехи цирульників, під загрозою застосування штрафів. В Україні протягом декількох століть цехи цирульників були основним осередком підготовки медичних спеціалістів для населення. Усі питання травматології, стоматології та лікування венеричних захворювань належали до компетенції цирульників [9, с. 209-211].

Основними нормативно-правовими актами, які регулювали суспільні відносини в досліджуваній сфері були Литовські Статути (1529, 1566 та 1588 років), які ґрунтувалися на Руській Правді. На думку С. В. Ківалова і П. П. Музиченка, норми Статуту 1529 року свідчать про високий рівень правової думки у Великому князівстві Литовському. Завдяки правовій акультурації князівство створило один із найпрогресивніших законодавчих актів Європи того часу, що є видатною пам'яткою права литовського, українського та білоруського народів [10, с. 35].

До основних ознак литовсько-польського періоду належать: 1) надання медичної допомоги населенню лікарями-практиками; 2) укладання угоди між лікарем та пацієнтом про обов'язоквилікувати хворого; 3) регулювання відносин у сфері охорони здоров'я на основі Литовських Статутів.

Імперський період – перебування українських земель у складі Російської та Австро-Угорської імперій (XVIII – до XIX ст.).

Наприкінці XVI століття регулювання відносин, що стосувалися підготовки медичних спеціалістів, включало видачу дозволів на медичну діяльність, організацію медичного забезпечення та постачання лікарськими засобами, а також

формування воєнно-медичної служби і проведення лікарського освідування хворих і померлих та здійснювалися відповідно до Аптекарського указу [11]. Цим указом також було засновано вищу адміністративну установу – Аптекарську палату, у якій працювало понад 100 висококваліфікованих лікарів, аптекарів, алхіміків та костоправів. У 1707 році ця установа трансформувалася в Канцелярію головної аптеки, а в 1721 році – у Медичну канцелярію.

Нормативно-правове регулювання сфери охорони здоров'я здійснювалося Військовим та Морським Статутами. Статутом Військовим (1716 р.) було законодавчо впроваджено безкоштовну медичну допомогу для військових, окрім венеричних захворювань та побутових травм, які були отримані поза службою. Також документом було регламентовано обов'язкову судово-медичну експертизу для встановлення причин смерті. Статутом Морським (1720 р.) регулювалися все, що стосувалося управління під час перебування флоту на морі, деталізувалися необхідні професійні компетенції військових лікарів, встановлювалися обов'язки рядових лікарів та головного лікаря флоту щодо організації сортування хворих і поранених, їхнього лікування, харчування, карантину та звітності [4, с. 37].

Окремим документом, який визначав повноваження Медичної Колегії щодо управління охороною здоров'я, організацією аптек, стосовно контролю за їх діяльністю та нагляду за якістю медичної допомоги, був указ «Про заснування в містах аптек під наглядом Медичної Колегії, про допомогу тим, хто шукає медикаменти в Губерніях, і про життя під наглядом згаданої колегії в госпіталях» [7, с. 15]. Також важливе значення мав указ 1735 року «Генеральний регламент про госпіталі і про посади певних при них докторів й іншого медичного чину служителів, також комісарів, писарів, майстрових, робітників й інших для цього підлягаючих людей», яким фактично визначалася внутрішня структура лікарні, а саме: у кожному госпіталі повинен був бути головний лікар; кількість лікарів мала складатися з розрахунку один лікар на двісті пацієнтів; у кожній лікарні мала бути аптека. Лікування в госпіталях надавалося безкоштовно, але для службовців діяло правило «отримувати половину платні за весь той час, який вони будуть лікуватися, а отримані гроші витратити на утримання госпіталів». Указом також визначалися

категорії пацієнтів і лікарні, у яких вони могли отримати медичну допомогу [12, с. 146].

У 1775 році положенням «Про заклади для управління губерніями» було створено орган регулювання медичною справою у містах – Приказ громадського опікування [13, с. 26], що забезпечував надання медичної допомоги соціально незахищеним верствам населення безоплатно, а заможним людям за плату. Окрім цього, у 1791 році у сфері медичної науки було запроваджено право присуджувати вчений ступінь доктора медицини. Ще одним важливим нормативно-правовим актом того часу був Лікарський Статут, який визначав обов'язки й професійну кваліфікацію лікарських інспекторів.

Відповідно до «Положення про губернські і повітові земські установи» створювалися губернії та повіти, що з часом стало поштовхом до виникнення земської медицини, основними напрямками якої було створення у найбільш багатих губерніях сільської лікарської дільниці з безкоштовною медичною допомогою. Також діяла мережа наближених до населення медико-санітарних установ, серед яких були земські лікарні, фельдшерські та акушерські пункти, амбулаторії, санітарні організації тощо [14, с. 155].

З кінця XVII століття запроваджено медичну поліцію, на яку покладалися функції санітарної служби. Саме в цей період був створений Кодекс здоров'я, яким було регламентовано питання підтримки та охорони належного рівня здоров'я громадян [15, с. 109].

Контролюючим органом у сфері охорони здоров'я в Австро-Угорщині був департамент охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ, окремий для Австрії та для Угорщини. У Галичині й Буковині ці питання перебували під управлінням місцевих сеймів. Місцевим сеймом 6 січня 1875 року було прийнято акт про безкоштовне лікування бідних, окрім того, документом було визначено, що витрати на лікування у закладах охорони здоров'я покривалися за рахунок подружжя, батьків – за дітей, бабусь і дідусів – за онуків, дітей – за батьків, онуків – за бабусь та дідусів [16]. Роботодавці були зобов'язані оплачувати медичні витрати своїх працівників.

Діяльність лікарень регулювалася низкою нормативно-правових актів. Серед них можна виокремити документ Міністерства внутрішніх справ від 6 березня 1855 року, який регулював витрати на стаціонарне лікування в народній касі та визначав правила оплати лікування. Вагомий вплив на розвиток системи загальних лікарень мав Національний закон від 28 липня 1897 року, який визначав діяльність комітетів відповідальних за управління провінційними загальними лікарнями, встановлював принципи оплати за наданий догляд пацієнтам, регламентував правила безкоштовного лікування для малозабезпечених, витрати на яке відшкодовувалися з державного бюджету. Окрім того, документом були визначені необхідні умови для отримання лікарнею статусу загального профілю, засновниками яких могли бути як місцеві органи влади, так і приватні особи. У 1917 році в Австрії було створено Міністерство охорони здоров'я, яке очолив український професор І. Г. Горбачевський. Медична допомога населенню надавалася переважно приватними лікарями, які працювали під наглядом повітових і міських державних лікарів та лікарських палат. Лікарська допомога була сконцентрована переважно в містах і була платна. Малозабезпеченим верствам населення медична допомога надавалася в шпиталях, які утримувалися за рахунок коштів муніципалітетів та благодійних установ [17].

Таким чином, основними ознаками імперського періоду були: 1) надання безоплатної допомоги військовим, сільському населенню та малозабезпеченим верствам населення; 2) запровадження судово-медичної експертизи; 3) формування внутрішньої структури лікарні на чолі із головним лікарем; 4) відкриття вільних аптек для населення; 5) присудження наукового ступеня доктора медицини; 6) створення санітарної служби; 7) розподіл медичної допомоги на державну і приватну; 8) створення спеціального органу (органів), які наділялися повноваженнями у сфері охорони здоров'я.

Радянський період (XX ст.). З розпадом Російської імперії розпочався новий етап розвитку медицини на українських землях. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я у зазначений період забезпечувалося значним масивом нормативно-правових актів, серед яких були такі: Декрети про безоплатну

передачу лікарняним касам усіх лікувальних закладів на підприємствах (1917 рік), Про допомогу потерпілим від нещасних випадків на підприємствах (1917 рік), Про страхування робітників на випадок хвороби (1918 рік), Про професійну роботу і права медичних працівників (1924 рік), постанова про порядок проведення медичних операцій (1937 рік), Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я (1969 рік) тощо [18, с. 138]. Серед декретів, як зазначав В. С. Кульчинський, вагоме значення мав декрет «Про професійну роботу і права медичних працівників», оскільки виконував роль своєрідного статуту для лікарів та регламентував їх діяльність [19, с. 310]. Питання нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я активно обговорювалися в серпні 1922 року на I-й Всеукраїнській санітарній раді, скликаній Народним Комісаріатом охорони здоров'я України. Тоді ж було прийняте рішення переглянути чинні документи щодо санітарної частини та здійснити їх кодифікацію [20, с. 32]. Водночас Рада розробила «Кодекс законів про охорону здоров'я в УРСР», проте так його і не прийняла. Згодом був прийнятий «Збірник діючого законодавства по медико-санітарній і аптечній справі в УРСР». Цей збірник був створений не лише для працівників адміністративних апаратів охорони здоров'я, але й для всіх інших категорій медичного персоналу, зокрема для дільничних лікарів та інших спеціалістів первинної ланки, та слугував довідником з питань охорони здоров'я [21, с. 325].

У період української державності (1917-1919 рр.) Центральна Рада створила перший орган адміністрування охороною здоров'я автономної України – Крайову лікарську санітарну раду, яка проіснувала досить недовго. І на заміну їй у січні 1918 року було засновано Департамент охорони здоров'я. Проте через політичну ситуацію в країні, яка була зумовлена громадянською війною, його робота так і не розпочалася, і вже у січні 1919 року був створений Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР [22]. Його основними завданнями були такі: розробка і запровадження обов'язкових постанов та розпоряджень у медико-санітарній сфері та контроль за їх виконанням; підтримка усіх радянських установ у досягненні медико-санітарних цілей; організація та управління центральними науково-

дослідними та практичними медико-санітарними установами; здійснення фінансового контролю та підтримки у сфері медико-санітарних установ. Уряд призначав керівні органи секретаріату – народного комісара та його заступника, а також колегію, яка була виконавчим органом кожного відділу. До складу колегії входили керівники різних відділів, як-от: військово-санітарний, санітарно-епідемічний, лікувальної медицини, страхової медицини, санітарно-шкільного відділу, медицини та санітарії транспортних шляхів, управління та культурно-просвітницького відділу. Відділи склалися із секцій (наприклад, зуболікувальна, курортно-санітарна, протидії туберкульозу, венеричним захворюванням, протиалкогольна, медичної та санітарної статистики, судово-медичної тощо). Секції могли також мати у своєму складі підсекції [23, с. 60].

Реформатором радянської системи охорони здоров'я був М. О. Семашко, який 11 липня 1918 року став народним комісаром охорони здоров'я РСФРР. Головні напрямки реформування охорони здоров'я зводилися до попередження хвороб та мінімізації чи усунення негативних наслідків захворювання, пропаганди здорового способу життя та розробки системи підготовки медичних працівників. Було запропоновано націоналізувати спеціалізовані приватні заклади (наприклад, хірургічні, офтальмологічні тощо), а після закінчення війни заборонити приватну практику взагалі [24, с. 10]. Модель системи охорони здоров'я Семашка характеризувалася такими ознаками: фінансування медичної галузі здійснювалося виключно із державного бюджету, базувалася на державних податках та контролювалася з боку держави через систему централізованого планування та відсутність приватного сектору. Дана реформа мала певний позитивний вплив, оскільки дозволила країні впоратися із епідеміями, налагодити організацію медичної допомоги населенню, що сприяло його оздоровленню, проте різкий перехід країни до ринкової економіки призвів до глибокої економічної кризи у сфері охорони здоров'я [25, с. 24].

Проникнення ринкових відносин у сферу охорони здоров'я у 1921 році призвело до унеможливлення державного фінансування усієї медичної галузі, оскільки значно обмежилось надходження коштів із місцевих бюджетів, і, як

наслідок, частина медичних закладів перейшла на самофінансування, деякі були передані в оренду, а багато лікарень було знято із фінансування місцевим бюджетом [26, с. 162]. Тоді заступник народного комісара охорони здоров'я М. І. Баранов, щоб подолати кризу, запровадив медичне страхування. На його думку, державний бюджет повинен був покривати потреби загальнодержавного значення, до яких входили профілактична медицина й значна частина питань, пов'язаних із материнством та дитинством, включно зі шкільно-санітарною медициною. М. І. Баранов рекомендував у державному бюджеті залишити лише ті ЗОЗ, які мають загальнодержавне значення, це визначалося за чітким списком для територіальної одиниці. Така дуальна система (поєднання державної та страхової) в медицині проіснувала до 1927 року, аж поки з'явилася можливість повністю фінансувати цю галузь із державного бюджету республіки [27, с. 176].

Протягом тридцяти років модель М. О. Семашка залишалася єдиною у світі централізованою державною системою охорони здоров'я, що базувалася на принципах державного управління та бюджетного фінансування і забезпечувала усім громадянам радянського суспільства вільний доступ до медичних послуг. Ця модель вважалася досить прогресивною, і запровадження деяких її елементів було рекомендовано іншим країнам Всесвітньою організацією охорони здоров'я [28, с. 18].

У 1936 році Конституцією СРСР було проголошено право громадян на матеріальне забезпечення в старості, у разі хвороби і втрати працездатності. Реалізації цього права сприяло значне поширення державного соціального страхування робітників та службовців, безкоштовна медична допомога для трудящих та доступ до широкої мережі курортів. Відповідно до постанови Ради Народних Комісарів від 23 травня 1937 року бюджет державного соціального страхування був звільнений від витрат на медичну допомогу. Медична допомога надавалася виключно за рахунок державного бюджету, що дозволило забезпечити право на медичне обслуговування населення незалежно від їх страхового статусу [12, с. 147].

Основними ознаками публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

радянського періоду є: 1) існування розгалуженої нормативно-правової бази та перші спроби її кодифікації; 2) запровадження нової моделі управління за М. О. Семашком, що передбачала фінансування медичної галузі виключно за кошти державного бюджету, та її контроль з боку держави і відсутність приватного сектору; 3) запровадження страхової медицини; 4) гарантування на конституційному рівні права на безоплатну медичну допомогу для всіх без винятку громадян; 5) створення органів для здійснення управління сферою охорони здоров'я.

Період незалежної України (з 1991 року і донині). Початок 1990-х років був важкий для нашої країни, оскільки Україна формувалася як держава, і їй потрібна була своя нормативно-правова база, тому система охорони здоров'я, як і інші сфери, потребувала реформування. Усі роки незалежності система охорони здоров'я постійно перебувала в процесі змін та перетворень: спочатку для того, щоб пристосуватись до дійсності, а після – почати відбудовувати все те, що було зруйновано; потім – для пошуку власної моделі управління сферою охорони здоров'я, з урахуванням найкращих світових моделей.

Здобуття незалежності, демократизація суспільства та перехід до ринкових відносин створили можливості для подальшого прогресу, але також і спричинили низку проблем перехідного періоду. На державу було покладено головне завдання – створити належні умови для забезпечення високого рівня медичної допомоги. Реформування мало на меті змінити парадигму державної політики й управління, забезпечити перехід до суспільства, де рішення приймають відкрито, прозоро та демократично, відповідно до законів, правил, норм і процедур, що відповідають світовим стандартам.

Так, професор В. М. Лехан виділяє чотири періоди в реформуванні системи охорони здоров'я:

1) 1999 – 2000 роки – період відсутності реформ у сфері охорони здоров'я як складової державної політики;

2) 2000 – 2010 роки – період визначення основних напрямків та механізмів реформування сфери охорони здоров'я;

3) 2010 – 2013 роки – пілотне реформування первинної ланки системи охорони здоров'я в окремих регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ);

4) з 2014 року – реалізація масштабної реформи системи охорони здоров'я на основі запровадження нових організаційних, правових та фінансово-економічних механізмів управління у цій сфері [29, с. 23].

Дослідник А. Д. Барзилович також пропонує виділяти чотири етапи реформування сфери охорони здоров'я в незалежній Україні, кожен із яких характеризує певною сукупністю нормативно-правових актів та надає їм характеристику:

1) 1991 – 1999 роки – визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я України. У цей час було прийнято кілька ключових нормативно-правових актів, серед яких Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Основи законодавства), наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 року № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей».

2) 2000 – 2007 роки – період початку запровадження інституту сімейного лікаря, активної боротьби із найпоширенішими захворюваннями. Відбулося удосконалення медичного обслуговування населення, здійснено спроби запровадження страхової медицини та стандартів лікування на основі доказової медицини, починає розвиватися приватна медицина. У цей період було прийнято Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації», Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я», а також Національний план дій, відомий як «Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я».

3) 2008 – 2014 роки – характеризується розвитком первинної медико-

санітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини. Відбувається запровадження стандартизації, ліцензування та акредитації медичних закладів. Серед нормативно-правових актів цього періоду можна виділити Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2020 року та оновлення Основ законодавства.

4) 2015 – 2020 роки ознаменувалися переходом до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. У цей період відбулося запровадження нової форми фінансування ЗОЗ і оплати праці медичних працівників, забезпечений державою гарантований пакет медичних послуг, застосований принцип «гроші йдуть за пацієнтом», а також запроваджене соціальне медичне страхування. Було створено єдиного замовника медичних послуг, відбулася автономізація постачальників медичної допомоги і була сформована сучасна система управління медичною інформацією. Основні нормативно-правові акти – Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки, Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» та інші [30, с. 136].

Частково погоджуючись з виокремленням певних етапів публічного адміністрування в Україні, вважаємо, що в сучасних умовах можна говорити про три основних із них, кожен з яких характеризується особливостями правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. До таких етапів належать: з 1990 по 2000 роки – початок розбудови механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, який характеризується формуванням власного законодавства у сфері охорони здоров'я, закріпленням на національному рівні міжнародних гарантій у сфері охорони здоров'я; незмінністю попередніх організаційних засад публічного адміністрування; з 2000 по 2020 роки – започаткування реформ в системі охорони здоров'я, що характеризуються кардинальними змінами в публічному адмініструванні у сфері охорони здоров'я як організаційних, так і правових засад; новітній період – з 2020 і дотепер – охоплює публічне адміністрування в умовах реальних викликів, яке характеризується

продовженням реформ у сфері охорони здоров'я, але з урахуванням потреб системи охорони здоров'я в умовах безпекових загроз.

Правовим підґрунтям з моменту незалежності України в системі охорони здоров'я є Конституція України. Так, статтею 49 Основного закону регламентовано право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування та обов'язок держави – створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [31]. Основним нормативно-правовим актом у сфері охорони здоров'я стали Основи законодавства, які були прийняті в листопаді 1992 року, що визначили правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, урегулювали суспільні відносини у зазначеній сфері для забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголіття громадян, усунення факторів, які негативно впливають на їх здоров'я, попередження та зниження рівня захворюваності, інвалідності, смертності та покращення спадковості [32].

Поступово система охорони здоров'я стикається з низкою критичних проблем перехідного періоду, коли ще не створена власна система охорони здоров'я, а попередня не може діяти в нових умовах. До таких проблем відносять: неефективність державних коштів, що спонукало громадян самостійно додатково фінансувати отримання медичної допомоги з власної кишені; несправедливий розподіл коштів та медичних послуг; фінансова незахищеність людей у випадку хвороби; низька заробітна плата медичних працівників; відсутність необхідних ресурсів у ЗОЗ, де цього потребує пацієнт [33, с. 4]. Усе це обумовило нагальну потребу в змінах.

Реформа здійснюється поетапно: так, у 2000 році розроблено та затверджено Указом Президента України «Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» [34], на основі якої сформовано Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на період 2002 – 2011 років [35]. Продовжуючи реформування системи охорони здоров'я, 06 грудня 2005 року Президент України підписав Указ «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я

населення» [36]. На виконання цього Указу було розроблено Національний план дій (дорожню карту реформування охорони здоров'я).

З 2014 року відбувається активне реформування системи охорони здоров'я з переходом на нову модель, що ґрунтується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Відбувається трансформація усіх складових системи: фінансового, організаційного, матеріально-технічного, нормативного та трудового. Узагальнення досвіду із часів здобуття незалежності дає змогу оцінити результативність управлінських рішень, ефективність і дієвість нормативно-правового забезпечення, а також стан реалізації реформ, що проголошені на державному рівні [30, с. 135].

Важливою новелою у реформуванні системи охорони здоров'я стало ухвалення у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [37]. Цим документом регламентовано, що держава гарантує фінансування необхідних медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій, істотно змінивши систему фінансування охорони здоров'я з 01 квітня 2020 року.

Таким чином, основними рисами публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я періоду незалежності України до 2020 року є: 1) формування власної правової бази щодо гарантування права на охорону здоров'я та медичну допомогу; 2) запровадження нової моделі оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»; 3) приділення уваги громадському здоров'ю, а саме проведення заходів, спрямованих на профілактику захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства; 4) запровадження безоплатних медичних послуг та програм; 5) цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Повністю погоджуємося з думкою про те, що до початку повномасштабного вторгнення система охорони здоров'я України перебувала в стані трансформації, який визначав потреби інституційно- та нормативно-правового забезпечення, адже Україні доводилося як вирішувати проблеми, пов'язані з успадкованою від СРСР

недосконалою системою охорони здоров'я, орієнтованою на функціонування в умовах адміністративно-командної системи, так і відповідати на нові виклики [38, с. 57].

Вважаємо, що для повної та об'єктивної характеристики сучасного стану публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є потреба виокремити етап, починаючи з 2020 року і дотепер, який характеризується продовженням проведення реформ системи охорони здоров'я, але вже для подолання безпекових загроз, викликаних епідемією COVID-19, а надалі і військовою агресією Російської Федерації проти України.

У 2022 році був ухвалений Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», який передбачає відмову від застарілої моделі поділу медичних закладів на обласні, міські та районні [39]. Замість цього створюється мережа госпітальних округів європейського рівня, де враховуються межі адміністративних одиниць, географічні особливості регіону та стан автомобільних доріг. Також беруться до уваги поточні та прогнозовані демографічні дані стосовно чисельності населення, структури захворюваності та смертності. Госпітальний округ поділяється на госпітальні кластери, у межах яких організовано комплексний доступ населення до стаціонарної медичної допомоги. Мета реформ полягає в розробці оптимальних клінічних маршрутів для пацієнтів, забезпеченні при цьому вчасного доступу до медичної та реабілітаційної допомоги на основі доказової медицини. При цьому враховується навантаження на медичних працівників і фахівців із реабілітації. Зазначені зміни були затребувані викликами, з якими стикнулася система охорони здоров'я в умовах епідемії COVID-19 та початком повномасштабного вторгнення росії на територію України.

На початку 2022 року система охорони здоров'я опинилася під величезним тиском і стикнулася з безпрецедентними викликами: руйнування медичної інфраструктури, відтік кадрів, порушення логістичних шляхів. Війна посилила нові потреби в системі охорони здоров'я, зокрема щодо підтримки психічного здоров'я, як у зв'язку з бойовими діями та обстрілами, так і через збільшення

проявів домашнього насильства; реабілітаційних заходів, як щодо військовослужбовців, так і цивільного населення. Але вже сьогодні можна стверджувати, що українська система охорони здоров'я вистояла, зокрема і завдяки ефективності публічного адміністрування у цій сфері та за сприяння міжнародних організацій щодо надання гуманітарної допомоги, значна частина якої спрямовувалася в систему охорони здоров'я.

Відразу після оголошення режиму воєнного стану на всій території України МОЗ прийнято наказ Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України [40]. Питання надання первинної медичної допомоги були унормовані окремим наказом МОЗ [41]. Уряд щороку відповідно вносив зміни до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення [42].

05 грудня 2024 року Указом Президента України введено в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України «Щодо протидії загрозам національній безпеці України у сфері охорони здоров'я в особливий період», яким визначені кроки у сфері організації медичного забезпечення військовослужбовців та цивільного населення з метою надання якісної своєчасної медичної та реабілітаційної допомоги [43].

Сучасний період публічного адміністрування характеризується продовженням реформ з огляду на необхідність побудови дієвої системи охорони здоров'я, здатної на подолання безпекових ризиків. Важливими є кілька ключових напрямів, що відображають сучасні виклики та потреби громадян, до яких належать такі: забезпечення доступності медичних послуг; інтеграція цифрових інструментів; зміцнення кадрового потенціалу; удосконалення програми медичних гарантій; реабілітація військових та цивільних; підтримання громадського здоров'я. Більш детально окреслені напрями будуть описані в наступних підрозділах.

Проведений аналіз свідчить, що сфера охорони здоров'я завжди перебувала в центрі уваги держави, зокрема коли йшлося про фінансове забезпечення надання

медичної допомоги, питання якості цієї допомоги та про компенсацію шкоди, завданої здоров'ю. Кожен із виокремлених етапів характеризується пошуком оптимальної моделі надання медичної допомоги та участі держави в її забезпеченні, обсягу державного впливу та обумовлений відповідними історичними реаліями. Впроваджувані реформи у сфері охорони здоров'я спрямовувалися на зміцнення здоров'я населення шляхом збільшення доступності та якості медичних послуг, зокрема і для вразливої частини населення, покращення професійних компетентностей медичних працівників, а також розвитку системи соціальної підтримки.

1.2. Поняття та сутність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Як показує історичний екскурс, держава завжди переймалася проблемами здоров'я свого населення, що становило і становить значний публічний інтерес. Питання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я потребують постійної цілеспрямованої та підвищеної уваги з боку державних органів. Це пов'язано з тим, що здоров'я як окремого індивіда, так і нації у цілому визначається найвищою цінністю, а його забезпечення є пріоритетним напрямом державної політики і важливим фактором національної безпеки України.

Для встановлення сутності категорії «публічне адміністрування» необхідно охарактеризувати складові цього поняття. Так, термін «публічний» походить від латинського слова *public*, яке означає громадський або популярний. У словнику іншомовних слів поняття «публічний» трактується як відкритий, гласний, суспільний [44]. Новий тлумачний словник української мови пропонує декілька значень слова «публічний». По-перше, це те, що відбувається в присутності людей або громадськості (гласний, громадський, відкритий). По-друге, це – щось, призначене для загального доступу і використання (громадський, загальнодоступний, суспільний). Також цей термін може стосуватися питань розрахованих на широке коло громадськості [45].

Поняття «адміністрування» було започатковане В. Вільсоном та викладене в його статті «Вивчення адміністрування» 1887 року [46, с. 197-222]. Стаття була створена у період, коли існувала нагальна потреба в боротьбі з корупцією, підвищенні ефективності роботи державних службовців та наданні послуг для захисту суспільних інтересів. Автор намагався провести розмежування між політикою та адмініструванням. У своїй роботі він наголошував, що політика визначає завдання для державної служби, однак не слід дозволяти, щоб вона маніпулювала чиновниками, а функції державної служби мають бути деполітизовані. В. Вільсон запропонував законодавчо, функціонально та структурно відокремити бюрократію від політичної влади. У своєму дослідженні послідовник В. Вільсона, Ф. Д. Гудноу «Політика та адміністрування» підкреслював, що політика займається вираженням державної волі, тоді як адміністрування відповідає за реалізацію цієї волі [47, с. 73].

Адміністрування (від лат. *administrare* – управляти) означає управлінську діяльність посадових осіб з чітко визначеними функціями; уміння ефективно організовувати виконавчо-розпорядчу та виробничу діяльність; стиль управління, за якого діяльність зосереджується на дотриманні процедур і контролі за виконанням розпоряджень [48]. Відносини у процесі адміністрування зазвичай підпорядковуються закону, а не суб'єкту, вони характеризуються децентралізацією, узгодженням інтересів учасників процесу, а також відповідальністю як суб'єкта, так і об'єкта за стан системи [49, с. 7]. В «Оксфордському словнику» термін «адміністрування» трактується як: 1) контроль або управління чимось, як-от: системою, організацією чи бізнесом; 2) група осіб, які організують чи контролюють певний процес; часто у контексті американського значення, це правління держави, особливо в США [50]. Енциклопедія державного управління визначає «адміністрування» як одну із форм управлінської діяльності установ публічної влади, за допомогою якої держава і громадське суспільство забезпечують самоврядування всієї суспільної системи та її розвиток у певному, визначеному напрямку [51].

Існують також різні погляди науковців щодо дефініції «публічне

адміністрування». Одні розглядають його як частину публічного управління, інші – як форму чи метод управління. Так, на думку К. О. Колесникової, публічне адміністрування є частиною публічного управління, спрямованого на розвиток держави, що здійснюється на демократичних засадах із використанням сучасних методів і технологій управління, спрямованих на забезпечення громадян на рівні світових стандартів [52, с. 45]. Дослідник М. А. Міненко розглядає публічне адміністрування як форму реалізації публічного управління, що здійснюється представницькими органами демократичного врядування через їхні виконавчі структури [53]. Цікавим є погляд дослідниці Т. Б. Семенчук, яка розуміє під публічним адмініструванням метод управління, що, з одного боку, гарантує надання суспільству послуг відповідно до законодавства, а з іншого – реалізацію обраної політики, яку втілюють державні службовці, яким під час виборів, як у межах країни, так і за її межами, було делеговано відповідні повноваження на основі народного волевиявлення, з охопленням усіх сфер її виконання [54, с. 389].

В юридичній літературі для позначення управлінського впливу донедавна використовувався термін «державне управління», який не тотожний поняттю «публічне адміністрування». Державне управління має більш вузький характер: його складовими є держава і державна влада. Натомість публічне адміністрування включає суспільство і публічну владу та стало перехідним етапом від державного до публічного.

У сучасних умовах термін «публічне адміністрування» став широко вживаним і охоплює не лише управлінську діяльність, але й надання адміністративних послуг за європейськими стандартами, що здійснюється завдяки запровадженню у практичну діяльність принципів демократичного управління. Публічне адміністрування визначає основні напрямки цілеспрямованої діяльності суб'єктів владних повноважень, спрямованої на виконання ними позитивних адміністративних зобов'язань на благо суспільства. Нам також імпонує думка дослідниці І. В. Бойко, яка вважає, що публічне адміністрування включає в себе як державне управління, так і сервісну діяльність суб'єктів, що надають публічні послуги [55, с. 231].

Крім різних видів діяльності, які включаються до публічного адміністрування та державного управління, відмінність між ними проявляється і в суб'єктному складі. На думку В. П. Бех, публічне адміністрування являє собою суспільно-політичну владу, яка охоплює кілька основних видів [56, с. 208]. По-перше, це влада народу, що реалізується через безпосереднє народовладдя і пряму демократію (вибори, референдуми). По-друге, це державна влада, яка поділяється на законодавчу, виконавчу та судову гілки. І по-третє, це місцеве самоврядування, яке є формою публічної влади та реалізується за участю територіальних громад, представницьких органів (ради, виконавчі органи, сільські, селищні та міські голови).

Ще одна група дослідників зважає на характер правовідносин у сфері публічного адміністрування. Дослідники О. Ю. Амосов та Н. Л. Гавкалова розглядають публічне адміністрування як взаємодію між суб'єктом управління та носієм влади, яка впливає на суспільні процеси і відносини відповідно до суспільно значущих функцій і повноважень. Вони підкреслюють, що цей процес має подвійний філософський характер, оскільки може бути розглянутий у двох аспектах: як професійна діяльність державних службовців, що охоплює всі види діяльності, спрямовані на реалізацію рішень уряду, а також на вивчення, розробку та впровадження напрямів державної політики; як система управління, що представлена адміністративними інститутами в межах чинної структури влади [57, с. 7].

Науковці Л. О. Мажник та О. М. Ястремська визначили три основні підходи до розуміння публічного адміністрування. Перший із них, ринково-ліберальний, базується на концептуальних моделях нового менеджменту та оновленого публічного управління. Він передбачає активне впровадження в державні органи інструментів і технологій, які зазвичай використовуються в приватному секторі. Тут головна увага приділяється кінцевому результату обслуговування споживачів, тоді як питання соціального захисту відходять на другий план. Другий підхід – ліберально-комунітаристський – розвивається в рамках політичних мереж. За цим підходом, відносини між політичними інститутами, громадськими організаціями та

окремими громадянами носять договірний характер, де всі сторони співпрацюють на рівних умовах. Третій підхід ґрунтується на принципах «рецептивного» та «партисипативного» адміністрування, що підкреслюють надійність і цілісність формування політики із активною участю громадян, централізацією та децентралізацією, прозорістю, відкритістю та високими етичними стандартами [58, с. 120].

Аналіз вище зазначених підходів до розуміння публічного адміністрування дозволяє зазначити, що його предметом є процес досягнення національних цілей та інтересів через організацію суб'єктів публічної сфери, включно з органами місцевого самоврядування та іншими суб'єктами, які наділяються публічно-владними повноваженнями в цій сфері. В умовах трансформації концепції «правова держава» і поступового зникнення меж між державою та суспільством, публічне адміністрування все більше долучається до впорядкування суспільних і державних процесів [59].

Залежно від обраних аспектів (наукових, правових, управлінських та адміністративних) існують і різні підходи до розуміння публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

На думку А. О. Неугоднікова, сутність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я можна охарактеризувати як поєднання загальної торії адміністративного права зі специфічними особливостями цієї сфери. Вона полягає у виконавчо-розпорядчій діяльності, яка регламентується законами та іншими нормативно-правовими актами. Основна мета – охорона та забезпечення належного фізичного, психічного й соціального благополуччя населення через ухвалення адміністративних рішень і надання послуг, передбачених законодавством у сфері охорони здоров'я [60, с. 64].

Б. О. Логвиненко виділяє три ключові моделі публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, спираючись на обсяг публічних повноважень. Перша – імперативна модель, де держава відіграє виключно важливу роль в управлінні цією сферою. Друга – державна модель, що характеризується домінуванням держави як основного суб'єкта владних повноважень. Третя – конкурентна модель, яка

передбачає, що держава виступає в ролі «рефері» та визначає правила гри, у якій безпосередньої участі не бере. Це означає, що держава забезпечує правову підтримку сфери охорони здоров'я і розробляє та виконує окремі програми у цій сфері [61, с. 32].

Проведений аналіз підходів до розуміння публічного адміністрування та специфіки такої сфери, як охорона здоров'я, дозволяє сформулювати власне бачення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я як сукупності організаційних та правових засобів управлінської й сервісної діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, що спрямована на забезпечення реалізації та захисту права на охорону здоров'я, розвиток закладів охорони здоров'я усіх форм власності, здійснення контролю за наданням якісних медичних послуг, гарантування рівних умов отримання медичної допомоги, захист прав пацієнтів та медичних працівників з метою збереження та зміцнення здоров'я населення.

У літературі для позначення сукупності взаємопов'язаних елементів, за допомогою яких досягається мета публічного адміністрування в тій чи іншій сфері, використовується термін «механізм публічного адміністрування». При аналізі правової категорії «механізм публічного адміністрування» варто зауважити, що цей механізм функціонує у формі взаємодіючої системи елементів, яка забезпечує реалізацію публічного адміністрування в практичній діяльності задля задоволення публічних інтересів. Науковці по-різному підходять до визначення структурних елементів цієї системи. В. В. Корженко до елементів структури публічного адміністрування відносить суб'єкт та об'єкт управління, завдання, принципи, функції, методи, інформацію, технологію та технічні засоби [62, с. 34]. О. В. Сукманова зазначає, що механізм публічного адміністрування містить взаємопов'язані та логічно вибудовані елементи, які виступають правовими засобами та інструментами у цій сфері, до них належать: норми права; адміністративні інструменти (форми й методи адміністративної діяльності); адміністративні процедури, суб'єкти публічного адміністрування тощо [63, с. 339]. Проте автор не визначає одного із надважливих структурних елементів – це

об'єкта, тобто суспільних відносин, на які спрямовується дія норм права. Інколи дослідники механізм функціонування системи публічного адміністрування розглядають як структуру системи публічного адміністрування, що відповідає чинному законодавству, включно зі зв'язками між її підсистемами та органами, що до неї входять, а також особливостями функціонування та взаємодії між її елементами [64, с. 77].

Окремі дослідники зосереджують увагу лише на призначенні механізму публічного адміністрування для досягнення поставлених цілей. Так, на думку І. А. Ісаєнка, механізм публічного адміністрування включає в себе демократичний підхід у регулюванні суспільних процесів, який забезпечує ефективну роботу системи державних органів, органів регіонального та місцевого самоврядування, а також громадських організацій, фізичних осіб та інших учасників громадянського суспільства. Основна мета – реалізація державної політики в різних сферах суспільного життя [65, с. 117]. О. В. Запотоцька підкреслює, що механізм публічного адміністрування є системою, що забезпечує практичне впровадження публічного управління для досягнення конкретних цілей. Ця система має свою структуру, інструменти впливу на об'єкт управління та відповідне правове й інформаційне забезпечення [66, с. 72].

Не долучаючись до дискусії щодо підходів до розуміння та включення окремих елементів до механізму публічного адміністрування, зазначимо, що саме завдяки взаємодії між ними досягається мета та виконуються поставлені завдання публічного адміністрування тією чи іншою сферою. Таким чином, для досягнення мети дисертаційної роботи пропонуємо під механізмом публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я розуміти систему взаємопов'язаних між собою елементів, взаємодія між якими забезпечує досягнення публічного інтересу в окресленій сфері – збереження та зміцнення здоров'я населення. До самостійних елементів механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я відносимо принципи публічного адміністрування в окресленій сфері; об'єкт – система охорони здоров'я; нормативно-правові акти, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я; суб'єкти, наділені публічно-владними повноваженнями у

сфері охорони здоров'я.

1.3 Система охорони здоров'я як об'єкт публічного адміністрування.

Охорона здоров'я є однією із найважливіших сфер суспільного життя, публічне адміністрування якою має спрямовуватися на покращення здоров'я населення, відповідати запитам і потребам людей, забезпечувати справедливий розподіл фінансових ресурсів, а також рівний доступ до якісних медичних послуг для всіх без винятку.

Одним із головних завдань держави є охорона здоров'я населення, складовими якої слугують життя та здоров'я людини. Людина, її життя і здоров'я, визнаються в державі найвищою соціальною цінністю відповідно до конституційних положень.

Серед науковців існують різні погляди, щодо дефініції «життя» та «право на життя». Так, на думку дослідника Я. П. Кузьменка, у правовому контексті поняття «життя» визначається як найвище нематеріальне благо, яке починається з моменту відділення життєздатної дитини від організму матері під час фізіологічних пологів і триває протягом усього періоду функціонування головного мозку [67, с. 16]. Науковець О. В. Думбровська вважає, що зміст права на життя охоплює декілька ключових аспектів, як-от: визначення початку та кінця життя (як можливість існувати в часі і просторі, тобто діяти чи бездіяти на власний розсуд); охорону життя (як можливість людини вимагати від відповідних суб'єктів забезпечення існування в часі і просторі; гарантії захисту від незаконного позбавлення життя; право захищати своє життя та життя інших людей від протиправних посягань); користування захистом з боку держави; контроль над власним життям; постійне використання цього абсолютного природного соціального блага – існування в часі й просторі; можливість звертатися до компетентних суб'єктів з вимогою відновити порушене право або відшкодувати збитки в разі посягання на життя; запобігання передчасній смерті; профілактичні протипожежні заходи [68, с. 37-38]. Варто погодитися із О. Г. Роговою, яка зазначає, що право людини на життя – свобода

безпосередньо реалізовувати свої можливості, задовольняти різні біологічні, соціальні, духовні та економічні потреби, які визначаються досягнутим рівнем розвитку людства і повинні бути всезагальними [69, с. 13].

До системи ознак права на життя, з урахуванням його багатоаспектності, належать значущість цього права, його фундаментальність та універсальність, високий рівень захищеності, інтегральність з самим суб'єктом, невід'ємність, пріоритетність, особливий механізм реалізації, неможливість правонаступництва, абсолютність (обов'язок необмеженого кола суб'єктів поважати та не порушувати це право), сталість, всезагальність, індивідуальний та недискримінаційний характер [70, с. 313].

Отже, право на життя – найбільше благо, яке охороняється законом і яке, крім іншого, отримало закріплення на міжнародному рівні (ст.2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод) [71].

Ключовий елемент життя людини – здоров'я. Взаємозв'язок права на життя і здоров'я особливо гостро простежується в умовах збройних конфліктів, за яких люди є практично беззахисними [72, с. 97]. Погоджуємося, що без здоров'я неможливо вести мову про повноцінне життя особи, її здатність цілком і всебічно реалізувати інші права [73, с. 117].

Здоров'я відіграє важливу роль як соціальний та економічний чинник, оскільки від його рівня суттєво залежать економічні ресурси, а також фізичний, духовний і моральний потенціал суспільства. Главою 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншого боку, визначені європейські прагнення України щодо зміцнення системи охорони здоров'я та її потенціалу, підвищення рівня її безпеки та захисту здоров'я громадян як передумови сталого розвитку та економічного зростання, розбудови розвинутої і сталої демократії та ринкової економіки. Зокрема ст. 427 визначені основні напрямки співпраці між Україною та ЄС через зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу шляхом впровадження реформ [74].

У Преамбулі до Статуту ВООЗ визначено, що здоров'я – це стан повного

фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи будь-яких фізичних вад [75]. Визначення здоров'я, запропоноване ВООЗ, було інтегроване в законодавство України. Зокрема, згідно з дефініцією, закріпленою у ст. 3 Основ законодавства, здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад.

Науковий підхід до визначення поняття «здоров'я» не відрізняється від закріпленого в нормах. Так, на думку О. М. Шамича, здоров'я – це максимально досяжний та оптимальний фізичний і психічний стан людського організму, необхідний для підтримки біологічного існування, здатності до тривалого активного життя й відтворення здорового покоління [76, с. 80].

Під час розкриття поняття здоров'я важливо також звернути увагу на «фізичне здоров'я» та «психічне» здоров'я, які є основними складниками здоров'я загалом, адже комплексний характер права на охорону здоров'я включає і фізичне та психічне здоров'я, і медичну допомогу, і реабілітацію, і фармацевтичне забезпечення у передбачених законодавством випадках [73].

Фізичне здоров'я визначається властивостями організму як складної біологічної системи, і під ним можна розуміти стан людського організму, що визначається його здатністю адаптуватися до різних факторів навколишнього середовища, рівнем фізичного розвитку, а також фізичною та функціональною підготовленістю до виконання фізичних навантажень [77]. За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я – це стан благополуччя, при якому людина здатна реалізовувати свій потенціал, справлятися із життєвими стресами, ефективно працювати і робити внесок у життя своєї спільноти. У 2017 році урядом була схвалена Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, у якій звернута увага на необхідності проведення певних заходів, спрямованих на підтримку психічного здоров'я [78], та визначено план їх проведення упродовж 2024-2026 рр. [79]. Зазначена Концепція є надзвичайно важливою для нашої держави, оскільки в сучасних умовах приділяється недостатня увага категорії «психічне здоров'я», що пов'язано із відсутністю суспільної обізнаності щодо психічного здоров'я, недосконалістю системи реабілітації та ресоціалізації для осіб

із психічними та інтелектуальними порушеннями, недосконалістю організації охорони психічного здоров'я на первинному рівні, недостатньо розвинутими амбулаторними ранніми втручаннями на рівні територіальних громад і практиками домашнього супроводу, а також з браком ефективного адміністрування й моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я. У сучасних умовах збройної агресії проти України проблеми забезпечення психічного здоров'я набувають ще більшої актуальності. Для ефективного впровадження та моніторингу збереження психічного здоров'я серед населення необхідно вдосконалити національне законодавство у сфері психічного здоров'я і прав осіб з психічними розладами та забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців.

Із поняттям «здоров'я» тісно пов'язана категорія «громадського здоров'я». Відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я», громадське здоров'я – сфера знань та організована діяльність суб'єктів системи громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя [80].

За визначенням ВООЗ (1978), громадське здоров'я – це наука та мистецтво запобігання хворобам, подовження життя і зміцнення психічного і фізичного здоров'я через ефективні та злагоджені зусилля спільнот, спрямовані на оздоровлення навколишнього середовища, контроль за інфекційними захворюваннями, навчання людей особистої гігієни, організацією медичних і сестринських послуг для ранньої діагностики й профілактики захворювань, а також розвиток соціальних технічних засобів для забезпечення кожній людині стандарту життя, необхідного для збереження здоров'я, і організацію цих переваг у спосіб, що дає можливість кожному громадянину реалізувати своє природне право на охорону здоров'я і довголіття [81]. У Проєкті Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, який представлено на сайті МОЗ України, громадське здоров'я визначено одним із напрямків урядування у сфері охорони здоров'я [82]. Відповідно складовими громадського здоров'я, які перебувають у фокусі уваги права, можна виділити такі: забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, профілактика і лікування соціально значущих

неінфекційних захворювань, надання паліативної допомоги; боротьба із шкідливими звичками; охорона психічного та репродуктивного здоров'я; боротьба із біотероризмом тощо [83, с. 16].

Отже, забезпечення права на охорону здоров'я особи та створення умов для відповідного рівня громадського здоров'я охоплюється інтересами держави. При цьому здоров'я конкретного індивіда перебуває в прямій залежності від стану громадського здоров'я в державі, і навпаки. Заходи з боку держави, спрямовані на зміцнення здоров'я, профілактику хвороб та збільшення тривалості життя, обумовлюють стан здоров'я відповідної особи.

Право на охорону здоров'я є одним із природних та невід'ємних права кожної людини і громадянина. Його визнають навіть ті країни, у конституціях яких вони не закріплені. Серед загально визнаних соціально-економічних прав, пов'язаних з правом на охорону здоров'я, виокремлюють право на медичну допомогу. Варто зазначити, що право на охорону здоров'я та право на медичну допомогу не є тотожними, оскільки кожне із цих прав має свою формальну визначеність, порядок реалізації та забезпечення можливістю державного примусу.

Так, у ст. 3 Основ законодавства проголошено, що медична допомога – це діяльність професійно-підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями й патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Проте «права на медичну допомогу» в законодавстві нема. Не склалося єдиного підходу і серед науковців. Приміром, І. Я. Сенюта визначає право на медичну допомогу як вид професійної діяльності, що об'єднує заходи з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації. Метою цих заходів є збереження, зміцнення, розвиток і, у разі потреби, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану людини, що здійснюють медичні працівники, які мають на це відповідні права згідно з чинним законодавством [84, с. 279]. На думку О. О. Прасова, право на медичну допомогу варто розглядати як сукупність заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування у станах, які на момент надання допомоги становлять загрозу для життя та працездатності особи і надаються

кваліфікованими фахівцями [85, с. 5].

Таким чином, можна виокремити певні спільні риси права на медичну допомогу, які зводяться до професіоналізму різних видів діяльності і включають не тільки лікування, а й реабілітацію та профілактику захворювань.

На нашу думку, важливим є наголошування у визначеннях цього поняття саме на тому, що держава забезпечує якість та безпеку медичної допомоги пацієнтам завдяки відповідній системі сертифікації, ліцензування, акредитації та стандартизації. Цікавою є думка науковця О. М. Шевчука щодо безпеки пацієнта у сфері охорони здоров'я, яка розглядається як сукупність правових можливостей особи, закріплених у законодавстві і пов'язаних із реалізацією її бажання отримати медичну допомогу та захист від посягань з боку суб'єктів, які надають певну медичну послугу. Основна мета – створити безпечні умови для пацієнта, а суб'єкти, які надають медичну допомогу, повинні їх забезпечувати [86, с. 546].

На нашу думку, право на медичну допомогу є комплексним і охоплює заходи, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію з метою збереження та зміцнення фізичного і психічного стану людини, а також для відновлення максимально можливого рівня здоров'я у випадку його порушення. Можемо зробити висновок, що право на медичну допомогу є складовою права на охорону здоров'я. Опосередковано гарантування та забезпечення реалізації права на медичну допомогу створює умови для забезпечення права на охорону здоров'я, яке так само є комплексним та має певні складові.

Науковець І. Я. Сенюта визначає в структурі права людини на охорону здоров'я такі елементи: 1) життєвий рівень, який включає їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідні соціальні послуги для підтримання здоров'я; 2) заборона катувань, жорстокого, нелюдського чи з приниженням гідності поводження або покарання, зокрема ніхто не може бути підданий медичним чи науковим дослідженням без добровільної згоди; 3) зниження рівня мертвонароджуваності та смертності серед дітей і сприяння здоровому розвитку дитини; 4) поліпшення всіх аспектів гігієни навколишнього середовища та праці на виробництві; 5) запобігання та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та

інших захворювань, а також боротьба із ними; 6) забезпечення медичною допомогою населення; 7) надання консультативних і просвітницьких послуг; 8) надання сприятливих і безпечних умов праці; 9) охорона материнства; 10) захист дітей і молоді у сфері охорони здоров'я [87, с. 182].

Щодо поняття права на охорону здоров'я, то в юридичній літературі існують різні підходи до його розуміння. О. О. Пунда розглядає право на охорону здоров'я як систему правових норм, що регулюють відносини пов'язані зі збереженням, підтриманням та зміцненням здоров'я. Це право спрямоване на забезпечення, збереження та розвиток фізіологічного та психологічного стану організму людини за оптимальної соціальної активності й відсутності хвороб, а також на досягнення максимально можливої індивідуальної тривалості життя [88, с. 82]. Л. С. Гамбург зазначає, що поняття «право на охорону здоров'я» можна тлумачити в широкому та вузькому сенсі. У широкому сенсі це сукупність правових норм, встановлених державою для впорядкування та регулювання відносин у сфері охорони здоров'я людини та громадянина, що охоплюють різні аспекти суспільного життя. У вузькому сенсі це міжгалузевий (комплексний) законодавчий інститут, чії нормативні приписи безпосередньо регулюють відносини з охорони здоров'я та пов'язані з ними відносини з інших сфер [89, с. 19].

Однозначно можна стверджувати, що право на охорону здоров'я охоплює широкий спектр соціально-економічних факторів, які створюють умови для ведення здорового способу життя, підтримання відповідного стану здоров'я, а також включає основні складові збереження здоров'я, як-от: харчування, побутові умови, доступ до питної води, відповідні санітарні умови, безпечні умови праці та екологічно чисте середовище.

Попри визнання здоров'я однією з найважливіших соціальних цінностей та гарантування права на охорону здоров'я Конституцією України, Основами законодавства, Загальною декларацією прав людини, законодавчого визначення це право не отримало. Але охарактеризувати його сутність можна через поняття «охорона здоров'я», закріплене ст. 3 Основ законодавства. Під охороною здоров'я розуміють систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення

фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, ЗОЗ; фізичні особи – підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни. Тобто охорона здоров'я охоплює широкий спектр правовідносин, які пов'язані не лише зі здоров'ям особи безпосередньо, але й ті, що складаються під час підтримання відповідного стану здоров'я, його збереження та відновлення.

Деякі дослідники вважають, що охорона здоров'я є сферою діяльності держави, основною метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування для населення. Інші зазначають, що охорона здоров'я – ключовий елемент національної безпеки країни [90 с. 453]. Науковець О. М. Шамич підкреслює, що охорона здоров'я є системою заходів, спрямованих на збереження, зміцнення, розвиток, і, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного та психічного стану людського організму. Деякі науковці пропонують різні підходи до визначення поняття «охорона здоров'я», розглядаючи його одночасно в широкому та у вузькому сенсі. Ю. Ю. Швець зазначає, що у вузькому значенні охорона здоров'я розглядається як система правових, соціально-економічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я людини. У широкому сенсі це поняття охоплює сукупність політичних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, медичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, які сприяють збереженню й зміцненню фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтриманню її активного й тривалого життя, а також наданню медичної допомоги в разі втрати здоров'я [91, с. 137].

Охорона здоров'я є багатоаспектним явищем, тому жоден із підходів не суперечить один одному, а лише підтверджує той факт, що охорона здоров'я становить собою певну сферу інтересу держави. Саме за допомогою реалізації

заходів охорони здоров'я держава забезпечує кожному окремому індивіду та суспільству в цілому право на охорону здоров'я як частину взятих на себе позитивних зобов'язань.

Доктрина позитивних зобов'язань держави в галузі права людини дозволяє переосмислити модель взаємодії людини та держави в сучасних цивілізаційних умовах, віднайти системні зв'язки між правами особи та обсягом і характером обов'язків держави щодо їх реалізації, установити межу відповідальності держави в разі їх порушень [92, с. 30]. У роботі «Конституційне право. Загальна теорія держави» Л. Дюгі ще в 1908 році писав, що держава, крім обов'язку утримуватися від вчинення певних дій, має позитивні зобов'язання, приміром забезпечити лікування хворим, засоби для існування слабким та невиліковно хворим [93, с. 906-911]. Тобто ще з початку ХХ століття можна простежити розвиток концепції позитивних зобов'язань, яка передбачає активні дії держави, спрямовані на утвердження, захист та сприяння реалізації прав людини. Повністю підтримуємо позицію про те, що позитивні зобов'язання держави не можуть тлумачитися як такі, що визначають конкретні засоби чи конкретні дії держави. Перевірка їх дотримання має відбуватися лише через визначення ефективності дій держави у конкретній ситуації [94, с. 35].

Практична значущість позитивних зобов'язань держави добре простежується саме на прикладі забезпечення права на охорону здоров'я, адже держава бере на себе не лише зобов'язання зі створення відповідних правил, які діють в цій сфері та мережі відповідних закладів, що надають медичну допомогу, але й із проведення різних заходів, спрямованих на сприяння, відновлення чи підтримку здоров'я (приміром, програма реімбурсації, забезпечення ЗОЗ лікарськими засобами для стаціонарного лікування відповідно до Національного переліку, надання психосоціальних та інших послуг за Програмою медичних гарантій тощо). Зазначене ще раз підтверджує той факт, що публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я охоплює не лише управлінську діяльність спеціально уповноважених суб'єктів, але і діяльність сервісного характеру, внаслідок якої в особи набуваються, змінюються чи припиняються права або вона отримує

відповідні матеріальні та/або нематеріальні блага.

Отже, об'єктом публічного адміністрування є система охорони здоров'я, яка представлена сукупністю органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів публічного адміністрування, підприємств, установ та організацій різних форм власності, окремих громадян, щодо яких та в певних випадках через які держава здійснює заходи, спрямовані на сприяння, відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому. Система охорони здоров'я характеризується багатогранністю, оскільки вона охоплює широкий спектр відносин: взаємодію людини з суспільством, зв'язки громадянина з державою, – а також включає низку прав та заходів. Ці права та заходи розробляються і реалізуються державою через відповідні органи, посадових осіб та громадські організації, з метою збереження та зміцнення здоров'я населення. ВООЗ наголошує, що сучасна система охорони здоров'я повинна гарантувати доступність медичних послуг для тих, хто її найбільше потребує, а медичні послуги, своєю чергою, мають бути високоякісними, безпечними та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я населення [95, с. 14].

1.4 Правове регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Без правового регулювання неможливо уявити розвиток суспільних відносин, особливо такого важливого спрямування, як охорона здоров'я. Своєю чергою, поняття «регулювання» трактується як упорядкування, налагодження або приведення чогось у відповідність до чогось або з чимось [96, с. 489]. Правове регулювання загалом являє собою впорядкування суспільних відносин за допомогою загальнообов'язкових норм поведінки та персоналізованих приписів, які в разі потреби забезпечуються державним примусом. Ця категорія демонструє динамічну природу всього юридичного механізму, підкреслює активну та творчу роль права, і відображає процес перетворення потенційної можливості на реальність [97, с. 7]. На думку П. М. Рабіновича, правове регулювання є процесом,

за допомогою якого держава впливає на суспільні відносини через наявні юридичні засоби з метою їх впорядкування, закріплення, захисту та розвитку [98, с. 44]. А. Т. Комзюк визначає правове регулювання як специфічний вплив, що здійснюється через цілісну систему засобів, які реально відображають саме сутність права як нормативного інституційного утворення – регулятора [99, с. 47].

У теорії права до засобів правового регулювання належать дозволи, заборони та зобов'язання. Так, юридичне дозволяння полягає у визнанні за особою суб'єктивного права, тобто можливості реалізації певного варіанта своєї поведінки, що включає здійснення юридично значущих дій або утримання від них. Використання такої можливості не є обов'язковим і залежить від особистого рішення відповідального суб'єкта. Юридичне зобов'язання може передбачати юридичний обов'язок активного типу, який спонукає людину до виконання певних юридично важливих дій. Водночас юридична заборона встановлюється через пасивний обов'язок, що вимагає утримання від певних дій, які мають юридичне значення. Комбінації способів правового регулювання визначають певну спрямованість впливу права на суспільні відносини [100, с. 99]. При цьому залежно від сфери правового регулювання ці класичні засоби правового регулювання можуть різнитися: десь переважатимуть заборони, десь, навпаки, дозволи.

Оскільки, охорона здоров'я є однією із найважливіших сфер публічного адміністрування, що здебільшого зазнає адміністративно-правового, галузевого регулювання, приділимо увагу цій дефініції.

В. І. Темерецький розглядає адміністративно-правове регулювання як цілеспрямований вплив правових норм, запроваджених державою. Ці норми виступають як адміністративні засоби, що забезпечують права та законні інтереси фізичних, юридичних осіб і самої держави у суспільних відносинах, що здійснюються для підпорядкування їх юридично встановленому правопорядку, а також їх охороні та розвитку в інтересах суспільства і держави [101, с. 51]. Р. С. Ярошевська уточнює, що в науковій літературі адміністративно-правове регулювання визначається як цілеспрямований вплив норм адміністративного права на суспільні відносини, який має на меті забезпечення прав, свобод і

законних інтересів фізичних та юридичних осіб, а також стабільне функціонування громадянського суспільства та держави за допомогою адміністративно-правових засобів [102, с. 202]. З. С. Гладун розглядає адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я як сукупність форм, методів та засобів, за допомогою яких держава впливає на діяльність суб'єктів і об'єктів системи охорони здоров'я, що здійснюється з метою створення сприятливих умов для функціонування системи надання медичної допомоги та охорони здоров'я, а також вирішення завдань щодо зміцнення та захисту індивідуального й громадського здоров'я населення [103, с. 35].

У підсумку адміністративно-правове регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є важливою складовою правового регулювання та представляє собою діяльність органів держави, яка спрямована на створення норм права, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я з метою збереження та зміцнення здоров'я населення. І хоча адміністративно-правове регулювання публічного адміністрування превалює, тим не менш це не виключає регламентації сфери охорони здоров'я за допомогою інших галузей права.

Правові засади публічного адміністрування неможливо розглядати окремо від законодавства у сфері охорони здоров'я в цілому, адже саме такими положеннями визначаються права, сфери та діяльність, якими опікується держава.

Відповідно до ст. 1 Основ законодавства, законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. У зв'язку з тим, що система охорони здоров'я охоплює дуже широке коло суспільних відносин та різні напрями державної діяльності, правове регулювання у цій сфері здійснюється значною кількістю нормативно-правових актів. Для кращого сприйняття, пропонуємо нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я класифікувати за певними критеріями: ієрархією, предметом і сферою правового регулювання, категорією осіб. Зрозуміло, що це не єдино можливі критерії для класифікації, але достатньою мірою дозволяють показати різноманітність та цільову спрямованість нормативно-

правових актів у сфері охорони здоров'я. Складність класифікації законодавства щодо публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я обумовлено його комплексним характером, оскільки під правове регулювання підпадають різноманітні суспільні відносини, що охоплюються нормами різних галузей права (конституційного, адміністративного, кримінального, фінансового, цивільного, трудового тощо). Це свідчить про те, що окремі законодавчі акти, що регламентують цю сферу, не є нормами прямої дії і містять багато відсилань.

Для упорядкування правотворчої діяльності в Україні був прийнятий Закон України «Про правотворчу діяльність» [104], який на сьогодні є чинним, але не діє (набуття чинності обумовлюється скасуванням на території України режиму воєнного стану). Попри те, ми будемо спиратися на його положення в частині визначення правил ієрархії нормативно-правових актів під час проведення класифікації.

Відповідно до ієрархічної побудови серед законодавчих актів у сфері охорони здоров'я можемо виокремити: 1) Конституцію України; 2) чинні міжнародні договори, що ратифіковані Верховною Радою України; 3) Закони України: галузеві (спеціальні) та міжгалузеві (кодифіковані та некодифіковані); 4) підзаконні нормативно-правові акти (нормативно-правові акти Президента України, Кабінету Міністрів України, МОЗ, інших центральних органів виконавчої влади).

Конституція України – основне джерело серед нормативно-правових актів, зокрема і тих, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги. Так, ст. 49 Основного закону гарантує право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. У Конституції України проголошено, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Окрім того, визначаються основоположні засади надання медичної допомоги (безоплатний характер, заборона скорочення державних і комунальних ЗОЗ та сприяння їх розвитку).

У ст. 27 Конституції України можна простежити взаємозв'язок права на

охорону здоров'я з іншими правами людини і громадянина, де проголошено, що кожна людина має невід'ємне право на життя і обов'язок захищати його покладається на державу. У ст. 28 прямо не визначено право на охорону здоров'я, проте аналіз її змісту дозволяє дійти висновку, що держава прагне це право забезпечити. Це впливає з того, що ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідям. У ст. 29 і 30 проголошується право громадянина на свободу й особисту недоторканість. Право на здоров'я тісно пов'язане із правами, гарантованими ст. 50 – безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Окрім того, ч. 2 ст. 50 визначає, що кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення, така інформація ніким не може бути засекречена.

Таким чином, Конституція України встановлює загальні положення щодо забезпечення прав особи у сфері охорони здоров'я, зокрема і через позитивні зобов'язання. Можливо, наступним аспектом, що потребуватиме зобов'язань з боку держави, стане профілактична робота, а саме формування оздоровчо-профілактичної програми, оскільки, безсумнівно, будь-яке захворювання значно легше попередити, аніж вилікувати, та запровадження обов'язкового медичного страхування, яке гарантуватиме захист свого здоров'я для кожної людини.

Міжнародні договори, ратифіковані Верховною Радою України, є частиною національного законодавства. Одним із ключових завдань сучасного міжнародного права є захист прав людини. Це включає створення норм права, що регулюють відносини між державами та іншими суб'єктами міжнародного права, з метою забезпечення прав і свобод, гарантованих міжнародними угодами.

Серед міжнародних угод, спрямованих на забезпечення прав людини, зокрема права на охорону здоров'я, можна виокремити такі: Міжнародна хартія прав людини, яка складається з п'яти документів; Загальна декларація прав людини (1948 р.); Конвенція про захист прав людини і основних свобод (1950 р.);

Європейська соціальна хартія (1961 р.); Європейський кодекс соціального забезпечення (1964 р.); Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (1966 р.); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.); Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права (1966 р.) і Другий факультативний протокол про скасування смертної кари; Конвенція про права дитини (1989 р.); Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі (1994 р.); Конвенція про права людини і біомедицину (1997 р.). Деякі з цих угод стосуються загальних й універсальних прав людини, зокрема права на охорону здоров'я, тоді як інші безпосередньо визначають права пацієнтів і складові права на якісну медичну допомогу.

Отже, міжнародні договори у сфері охорони здоров'я формують систему норм, що охоплює ключові аспекти прав пацієнтів і медичних працівників, а також належну правову процедуру і пов'язані із нею гарантії. Ця система не є сталою та постійно розвивається разом із суспільними відносинами. Важливо запроваджувати найкращі світові рекомендації з діагностики та лікування, принципи надання медичних послуг та підготовки медичних кадрів. Це сприятиме досягненню необхідної якості медичної допомоги, захисту прав пацієнтів та медичних працівників в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Серед Законів України у сфері охорони здоров'я можна виокремити: галузеві (спеціальні) та міжгалузеві (кодифіковані та некодифіковані).

Ключова роль серед галузевих законів належить Основам законодавства, які окреслюють правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в країні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, підвищення працездатності та забезпечення тривалого активного життя громадян. Закон також спрямований на усунення факторів, що негативно впливають на здоров'я, запобігання та зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності, а також на поліпшення спадковості. Цей правовий акт має пріоритетне значення, оскільки охоплює широку сферу регулювання й безпосередньо визначає принципи організації та функціонування публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я. У сучасних

умовах можна стверджувати, що Основи законодавства відіграють роль кодифікованого нормативно-правового акту в царині охорони здоров'я.

Наступним важливим галузевим нормативно-правовим актом є Закон України «Про систему громадського здоров'я», спрямований на зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя. Закон регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Він визначає права і обов'язки державних органів, органів місцевого самоврядування, а також юридичних і фізичних осіб у цій сфері; встановлює правові та організаційні основи для державного нагляду і контролю в галузях господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Законом регламентовано створення інформаційного фонду громадського здоров'я, який містить дані, що зберігаються головною експертною установою, інформація з якого використовується для виявлення небезпечних чинників, оцінки ризиків для здоров'я, прогнозування стану здоров'я населення й середовища життєдіяльності людини, а також для розробки заходів запобігання й усунення впливу небезпечних чинників для здоров'я. У науковій літературі зазначають, що, законом хоч і опосередковано, але визначено права пацієнтів, як-от: право на доступну медичну допомогу, право на безпеку, право на профілактику, право на інформовану згоду [105, с. 225].

До галузевого законодавства також слід віднести Закони України «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про психіатричну допомогу», «Про подолання туберкульозу в Україні», «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові», «Про лікарські засоби» тощо. Кожен із зазначених нормативно-правових актів визначає повноваження державних органів та інших суб'єктів у певних секторах охорони здоров'я (приміром, покладення повноважень щодо реєстрації, контролю якості та реалізації лікарських засобів; запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій; встановлює права, обов'язки та відповідальність

юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, подолання туберкульозу тощо).

До міжгалузевих нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я слід віднести Цивільний кодекс України, у якому визначено низку прав людини, зокрема право на охорону здоров'я, що реалізується через системну діяльність державних та інших організацій, передбачених Конституцією України та законом [106].

Кримінальним кодексом України визначено злочини у сфері охорони здоров'я, які закріплені у розділі II «Злочини проти життя і здоров'я особи». До них належать, зокрема, такі: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131); розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132); незаконне проведення абортів або стерилізації (ст. 134); незаконна лікувальна діяльність (ст. 138); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140); порушення прав пацієнта (ст. 141); незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142); порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людині (ст. 143); насильницьке донорство (ст. 144) та незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145) [107].

Адміністративна відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я населення визначаються відповідно до КУпАП. До таких проступків належать зокрема: порушення санітарних норм (ст. 42); порушення встановленого порядку реалізації (відпуску) лікарських засобів (ст. 42⁴); незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44); ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44¹); порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності (ст. 44²); порушення встановленого порядку взяття,

переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45¹); випуск у продаж продукції з порушенням вимог щодо медичних попереджень споживачів тютюнових виробів (ст. 168²) та невиконання законних вимог посадових осіб центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів (ст. 188¹⁰) [108]. Проте, провівши юридичний аналіз, можемо дійти висновку, що відсутні правопорушення та відповідальність за них у сфері надання медичних послуг, захисту прав пацієнтів та медичних працівників, захисту інформації. Це дає підстави стверджувати, що є необхідність внесення відповідних змін.

Встановлюючи на законодавчому рівні відповідальність за правопорушення в певній сфері, держава підтверджує зі свого боку захист гарантованих прав у сфері охорони здоров'я, а вже під час відповідних проваджень здійснює перевірку фактів порушення прав чи невиконання покладених обов'язків.

Кримінально-процесуальний кодекс України встановлює порядок застосування примусових заходів медичного характеру, які закріплені главою 39. Законом також визначено проведення експертизи та окремих слідчих дій із залученням судово-медичного експерта або лікаря, згідно зі ст. 227, ст. 238, ст. 239 та ст. 491 [109].

Наступні кодифіковані акти закріплюють окремі права, які або прямо, або опосередковано пов'язані з забезпечення права на охорону здоров'я різних категорій громадян.

Кримінально-виконавчий кодекс України гарантує засудженим право на охорону здоров'я (ст. 8), яке реалізується через систему медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних заходів, що включає поєднання безоплатних і платних послуг, а також право на вільний вибір лікаря. Особи, які мають алкогольну чи наркотичну залежність, за умови письмової згоди, можуть пройти курс лікування [110].

Кодексом законів про працю України (ст. 50 – 94) врегульовано питання робочого часу та відпочинку, щорічних відпусток, нормування праці, оплати праці

та обов'язкових медичних оглядів для працівників певних категорій [111].

Сімейний кодекс України з метою охорони здоров'я регламентує шлюбний вік (ст. 22), визначає осіб, які не можуть перебувати у шлюбі між собою (ст. 26); визначено взаємну обізнаність наречених про стан здоров'я (ст. 30), а також закон гарантує державну охорону сім'ї, дитинства, материнства та батьківства [112].

У міжгалузевому законодавстві також можемо виокремити низку законів: Закони України «Про захист прав споживачів», «Про адміністративну процедуру», «Про інформацію», «Про захист персональних даних», «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», «Про ліцензування видів господарської діяльності» тощо. Зазначені нормативно-правові акти не стосуються безпосередньо права на охорону здоров'я, але регламентують взаємовідносини особи з державою з метою забезпечення й захисту прав, свобод чи законних інтересів людини і громадянина в тій чи іншій сфері.

Значна частка правових актів у сфері охорони здоров'я складається з нормативно-правових актів підзаконного характеру. Так, науковець О. В. Клименко зазначає, що на один законодавчий акт у сфері охорони здоров'я припадає в середньому близько двохсот підзаконних, без урахування актів регіональної дії. Регіональні акти приймають на основі загальнонаціональних підзаконних документів і впроваджують в областях та регіонах, що значно збільшує їхню кількість на місцевому рівні. Це вдосконалює зміст таких актів, хоча вони не завжди узгоджені із загальнодержавними нормативно-правовими документами [113].

До основних підзаконних нормативно-правових актів можемо віднести такі: Указ Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року»; постанови КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році»; «Деякі питання Ради громадського контролю при Національній службі здоров'я»; «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»; «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»; «Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію» тощо; накази МОЗ України «Про затвердження порядку вибору

лікаря, який надає первинну медичну допомогу» та форми декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу; «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я»; «Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення» та інші. Отже, підзаконні акти доповнюють, деталізують, роз'яснюють та удосконалюють норми, які встановлені нормативно-правовими актами вищої юридичної сили. Значна кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я обумовлює необхідність проведення їх класифікації, що допоможе визначити сутність системи охорони здоров'я та принципів публічного адміністрування окресленою сферою.

Залежно від предмета правового регулювання у сфері охорони здоров'я можемо виокремити такі групи нормативно-правових актів:

- що забезпечують організацію та управління сферою охорони здоров'я та стосуються питань про створення тих чи інших суб'єктів, які здійснюють публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я (приміром, Основи законодавства; Положення про Міністерство охорони здоров'я України; Про утворення Національної служби здоров'я України);

- щодо захисту прав пацієнтів та медичних працівників (приміром, Основи законодавства; Закон України «Про екстрену медичну допомогу»; Європейська хартія прав пацієнтів);

- що забезпечують сервісну діяльність у сфері охорони здоров'я, зокрема і з застосування інформаційно-комунікаційних технологій (приміром, Закони України «Про адміністративну процедуру», «Про особливості надання публічних (електронних публічних) послуг»; «Про адміністративні послуги»; постанова КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»; «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»);

- що визначають відповідальність медичних працівників та відшкодування шкоди, завданої здоров'ю (приміром, КК України, КУпАП, ЦК України);

- що визначають питання фінансування системи охорони здоров'я (приміром, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування

населення»; постанови КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році»; «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення»; «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»);

- які регламентують безпечні умови праці та життєдіяльності (приміром, Закон України «Про систему громадського здоров'я»; «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання»);

- що визначають засади здійснення контролю (нагляду) у сфері охорони здоров'я (приміром, Закони України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», «Про ліцензування видів господарської діяльності», накази МОЗ «Про порядок контролю якості медичної допомоги», «Про затвердження переліку питань та уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо дотримання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню», «Про затвердження переліку питань та уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо дотримання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України» тощо).

За сферою правового регулювання пропонуємо класифікувати нормативно-правові акти на ті, що регламентують:

- фармацевтичну діяльність та аптекарську справу (приміром, Закони України «Про лікарські засоби», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними»);

- забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та захисту від інфекційних хвороб (приміром, Закони України «Про громадське здоров'я»; «Про захист населення від інфекційних хвороб»);

- донорство та трансплантацію органів (приміром, Закони України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові»; «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»);

- забезпечення репродуктивного здоров'я та репродуктивних технологій (приміром, ЦК України, наказ МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні»);

- відносини у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій або воєнного стану (приміром, спільний наказ Міністерства оборони України та МОЗ «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану»);

- попередження і боротьбу із шкідливими звичками (приміром, Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»);

- аюрведичну (народну) та нетрадиційну медицину (приміром, накази МОЗ «Про порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей»; «Про методи народної та нетрадиційної медицини, на які видаються спеціальні дозволи»);

- проведення судово-медичних та психіатричних експертиз (Закон України «Про судову експертизу»; наказ МОЗ «Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи»);

- проведення реабілітаційних заходів (Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», постанова КМУ «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи», накази МОЗ «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях» тощо).

Окрім того, можна класифікувати законодавство у сфері охорони здоров'я за

колом осіб на загальні акти, які регулюють надання медичних послуг усім особам, та спеціальні, які спрямовані на окрему категорію осіб (діти, вагітні, особи похилого віку, особи з інвалідністю тощо) [114, с.85-86].

Проведена класифікація нормативно-правових актів, які визначають засади публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та забезпечення реалізації і захисту права на охорону здоров'я, дозволяє зробити висновок про значну їх кількість та різноманітність, як за сферою, предметом та юридичною силою. Удосконалення нормативно-правового забезпечення є основою для реформування системи охорони здоров'я загалом.

Одним із ключових напрямків удосконалення законодавства, на наш погляд, варто виокремити адаптацію законодавства як важливого елементу євроінтеграційного курсу України. Адаптація законодавства (лат. *adaptation* – пристосування, від *adaptare* пристосовувати, прилагоджувати) трактується як форма правової гармонізації, яка полягає в узгодженні та пристосуванні нормативно-правових актів національного законодавства до міжнародних, європейських чи внутрішньодержавних правових стандартів. Адаптація законодавства України до законодавства ЄС – це послідовний процес наближення її правової системи, включно із законодавством, правотворчістю, юридичною технікою, практикою, правозастосуванням до правової системи ЄС відповідно до критеріїв, які висуває ЄС до держав, що мають намір до нього приєднатися [115, с. 19-22]. У Законі України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» поняття «адаптація законодавства» визначається як процес узгодження законів України й інших нормативних актів з *acquis communautaire*. Відповідно, *acquis communautaire* (*aquis*) являє собою правову систему ЄС, яка охоплює акти законодавства ЄС (але не обмежується ними), прийняті в рамках Європейського співтовариства, спільної зовнішньої політики та політики безпеки, а також співпраці у сфері юстиції та внутрішніх справ [116]. Адаптація українського законодавства до законодавства ЄС є важливою складовою процесу інтеграції України до ЄС та ключовим напрямом у зовнішній політиці України.

Упорядкування національного законодавства та його адаптація до законодавства ЄС є важливою передумовою для реалізації прав і свобод людини, закріплених у Конституції України та інших нормативно-правових актах. Цей процес доволі складний і вимагає планомірного підходу, спрямованого на досягнення відповідності з міжнародними стандартами, із одночасним збереженням ієрархії правових актів.

Ще одним напрямом в удосконаленні законодавства у сфері охорони здоров'я варто визначити його систематизацію, що обумовлено великою кількістю нормативних актів, які відрізняються як за юридичною силою, так і за сферами застосування. Існує понад 1200 чинних нормативно-правових актів різної юридичної сили (закони України, укази Президента України, постанови КМУ, накази МОЗ та інших центральних органів виконавчої влади), що має тенденцію до зростання, особливо в умовах реформування. Надмірна кількість законів спричиняє втрату контролю за змінами та доповненнями до документів, що зазвичай призводить до дублювання норм, виникнення численних прогалин та колізій і знижує ефективність публічного адміністрування.

Що стосується систематизації, то в Академічному тлумачному словнику української мови поняття «систематизація» визначається як дія, спрямована на упорядкування чогось, тобто дія з приводу зведення чогось до певної системи [117]. У науковій літературі існують різні підходи до визначення систематизації [118, с. 25; 119, с. 136-137, 120, с. 104; 121, с. 44]. У Положенні про порядок здійснення обліку та систематизації законодавства в органах та установах юстиції України систематизацію законодавства визначено як засіб реформування, упорядкування законодавства, зведення його до певної внутрішньо узгодженої системи [122]. Тобто можна зробити висновок, що систематизація, як різновид упорядкування законодавства, – діяльність, спрямована на вдосконалення і приведення чинних нормативно-правових актів до єдиної системи для спрощення їх доступності та зручності використання. У результаті систематизації нормативно-правові акти можуть бути зведені у збірники (інкорпорація), перероблення норм та об'єднання їх у кодекси (кодифікація), або декілька правових актів можуть бути об'єднані в

один (консолідація).

Звичайно, однією із найдосконаліших форм систематизації законодавства є його кодифікація. У науковій літературі кодифікація визначається формою систематизації, за результатом якої приймають новий кодифікований нормативно-правовий акт, що змінюється як за формою, так і за змістом [123; 124, с. 8; 125, с. 386-387; 126, с. 11]. У Законі України «Про правотворчу діяльність» надано визначення поняття «кодекс» та регламентовано, що це закон, який створений шляхом систематизації норм права, містить загальні засади, на підставі яких комплексно регулює однорідну сферу суспільних відносин, забезпечуючи стабільність правового регулювання. Тобто кодифікація – це правотворча діяльність, пов'язана із об'єднанням однакових за предметом правового регулювання норм права в один систематизований правовий акт. У процесі кодифікації передбачається удосконалення форми та змісту чинного законодавства, здійснюється його перегляд, усуваються колізії, прогалини, застарілі норми, множинність правових норм загалом. Упродовж тривалого часу як практики, так і науковці висували ідею необхідності створення Медичного кодексу України, що дозволить комплексно врегулювати різні аспекти охорони здоров'я та медичної допомоги, а також упорядкувати значну частину наявного законодавства шляхом його оновлення, доповнення і трансформації. Однак, враховуючи сучасні виклики в сфері охорони здоров'я, такі як COVID-19, воєнний стан і цифровізацію публічного адміністрування, розуміємо, що питання створення єдиного кодифікованого акту зараз не на часі. Попри те, майбутні дослідження в цьому напрямку матимуть вагоме значення, оскільки кодифікований акт забезпечить уніфікацію законодавства, допоможе подолати наявні прогалини, дублювання та суперечності, а також дасть можливість своєчасно скасувати неефективні та застарілі норми, а головне – забезпечить більш зручний спосіб захисту своїх прав як пацієнтам, так і медичним працівникам.

У зв'язку зі значною кількістю нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, більш прийнятним способом систематизації є інкорпорація [127, с. 196; 128, с. 397], під якою розуміють об'єднання нормативно-правових актів у збірники

чи зібрання, розташування їх у певному порядку без зміни змісту, що полегшує використання нормативного матеріалу. Але часті зміни до нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, обумовлені розвитком суспільних відносин у цій сфері, появою різноманітних загроз, так само роблять цей вид систематизації доволі неефективним.

Як висновок, можна зазначити, що правове регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я охоплює значну кількість нормативно-правових актів різної юридичної сили та спрямування, оскільки, як було зазначено в попередніх підрозділах, стан здоров'я особи пов'язується не лише з наданням медичної допомоги у зв'язку з безпосереднім лікуванням хвороб чи розладів, але й включає профілактичні заходи та реабілітацію. Тому суб'єкти публічного адміністрування наділяються владними повноваженням в різних сферах системи охорони здоров'я, які спрямовуються на досягнення спільної мети – збереження та зміцнення здоров'я населення.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Категорія принципів є ключовим елементом у будь-якій правовій системі. Втілення найбільш значущих ідей для конкретних правовідносин та формулювання відповідної правової норми також здійснюється через принципи.

Як ми зазначали в попередньому розділі, публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я представляє собою сукупність організаційних та правових засобів управлінської та сервісної діяльності, що здійснюються спеціально уповноваженими суб'єктами щодо однієї з найважливіших сфер суспільного життя – системи охорони здоров'я. Публічне адміністрування в окресленій сфері належить до галузевого, тобто має засновуватися на загальних принципах, але з урахуванням специфіки сфери охорони здоров'я, що обумовлюється спеціальними метою, завданнями та функціями. Поставлена мета збереження та зміцнення здоров'я населення пронизує різноманітну діяльність органів державної влади та місцевого самоврядування, а тому вважаємо, що характеристика принципів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я буде не повною, якщо серед них не виокремити принципи права та правозастосовної діяльності у сфері охорони здоров'я

У процесі управлінської діяльності суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я приймають численні підзаконні акти на виконання положень законів та міжнародних угод, ратифікованих Верховною Радою України. При їх розробці та прийнятті має враховуватися специфіка системи охорони здоров'я як об'єкта публічного адміністрування, сутність права на охорону здоров'я та медичну допомогу. Таким чином, до принципів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я будемо відносити принципи правового регулювання та принципи, на яких має засновуватися державна діяльність

управлінського та сервісного характеру з урахуванням специфіки такої галузі, як охорона здоров'я. Тільки у їх поєднанні можна дійсно прослідкувати основні засади публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Поняття «принцип» (від лат. – начало, основа) у науковій літературі має різні тлумачення. По-перше, це базові засади або вихідні ідеї, яким притаманні універсальність, загальною значущість, висока імперативність і які відображають суттєві положення теорії, вчення, науки, а також системи внутрішнього і міжнародного права, політичної, державної чи громадської організації. Прикладами можуть бути гуманізм, законність, справедливість, рівність громадян перед законом тощо. По-друге, принцип може бути внутрішнім переконанням, яке визначає ставлення індивіда до реальності, суспільних ідей та діяльності [129, с. 110-111].

У Великому тлумачному словнику української мови міститься таке визначення принципу: 1) основне вихідне положення якої-небудь наукової системи, теорії, ідеологічного напрямку тощо; 2) особливість, покладена в основу створення або здійснення чогось, спосіб здійснення або створення чогось [130, с. 1125]. Новий тлумачний словник української мови визначає поняття «принцип» так: 1) основне вихідне положення будь-якої наукової системи, теорії, ідеологічного напрямку тощо; основний закон якої-небудь точної науки; 2) особливість, покладена в основу створення або здійснення чого-небудь, спосіб створення або здійснення чогось; 3) переконання, норма, правило, яким керується хто-небудь у житті, поведінці; канон [131, с. 36].

У тлумачному словнику Вебстера принцип трактується так: 1) природне право, яке формується та приймається розумом; 2) важлива істина, що слугує основою для інших істин; 3) прийняття морального права як керівництва для поведінки; 4) правило, на основі якого особа формує свою поведінку і яке часто становить частину кодексу; 5) фундаментальна сутність [132]. Згідно з Економічною енциклопедією, принципи є основними, вихідними положеннями теорії та основними правилами діяльності; це встановлені, загальноприйняті й поширені правила господарських дій [133]. В Енциклопедичному словнику з

державного управління поняття «принцип» визначається як прояв закономірностей, відображених у науковому положенні, яке застосовується в теоретичній і практичній діяльності людей у сфері державного управління [134, с. 561].

Отже, проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що термін «принцип» є не спеціальним поняттям (притаманним лише праву), а універсальним, комплексним, оскільки застосовується в різних сферах суспільного життя й досліджується різними науками.

Щодо принципів права, то вони є основними засадами або ідеями, які визначають сутність і напрям правового регулювання суспільних відносин [135, с. 119]. Ці принципи є загальнообов'язковими і виступають як ключові елементи будь-якого правового явища.

Принципи права, подібно до будь-яких інших, є результатом людської діяльності, яка формує й задовольняє певні інтереси. Вони виступають соціальними явищами як за походженням, так і за змістом; їх утворення зумовлене потребами суспільного розвитку, а в них відображаються закономірності суспільного життя. Принципи права спрямовують і надають погодженості всьому механізму правового регулювання суспільних відносин, досконаліше за інші, проявляючи роль права в суспільному житті і його розвитку. Вони є критеріями законності та правомірності дій громадян і посадових осіб, адміністративного апарату і судової системи. За певних умов ці принципи мають вагоме значення для підвищення правосвідомості населення, його культури та освіти [136, с. 42-46].

Згідно з міркуваннями О. О. Уварової, принцип права визначається як вимога або система вимог, що регулюють належну чи можливу поведінку людей, відображають визначені в суспільстві цінності та є частиною ієрархічної єдності, спрямованої на регулювання суспільних відносин. Кожна із цих вимог, що складає зміст принципу права, може отримати статус принципу права, але нижчого рівня. Загалом система принципів є своєрідним втіленням принципу справедливості [137, с. 174]. С. П. Погребняк у своєму дисертаційному дослідженні доводить, що принципи знаходять своє відображення не лише в текстах законів, а, насамперед, у

свідомості суб'єктів права; вони проявляються через юридичну діяльність і знаходять своє підтвердження в юридичних актах [138, с. 7]. І. П. Бахновська в дисертаційному дослідженні зазначає, що принципи права охоплюють не лише положення, закріплені в правових джерелах, а й провідні ідеї, визнані в діяльності судових органів та інших суб'єктів права, навіть якщо вони не формалізовані в об'єктивному праві. Деякі з цих принципів є самодостатніми, і для їх застосування не потрібно звертатися до інших джерел права. Науковиця виділяє такі основні риси принципів: імперативність, нормативність, стабільність, високий рівень узагальненості, абстракції, фундаментальність, внутрішня єдність, об'єктивна обумовленість, ідеологічність та історичність, а також детально розкриває їх зміст [139, с. 9]. Значення принципів для права проявляється в тому, що через них виражається його суть в усій різноманітності складових сторін та закономірностей, що створюють основу для єдиного розуміння, реалізації та застосування нормативно-правових приписів.

На нашу думку, важливо проаналізувати класифікацію принципів права, яка має значення не лише в теоретичному, але і в практичному значенні, оскільки допомагає зрозуміти юридичну природу правових принципів, визначити їх місце в ієрархічній структурі та розробити рекомендації для підвищення їх регулятивної ефективності. До того ж, такі принципи покладені в основу здійснення публічного адміністрування, зокрема й у сфері охорони здоров'я.

У доктрині права принципи найчастіше поділяють на загальнолюдські (загально-цивілізаційні, основоположні), загально-правові (загальні), а також на галузеві й міжгалузеві.

Загальнолюдські принципи права, зафіксовані у позитивному праві, є універсальними нормативними засадами, розробленими людством як частиною глобальної макроцивілізаційної системи. Вони об'єктивно зумовлені потребами та рівнем розвитку людської цивілізації та втілюють її найкращі досягнення в правовій сфері. Ці принципи визначають сутність і напрям правового регулювання і можуть бути застосовані в будь-якій правовій системі. Вони служать орієнтирами для реформування національних правових систем у таких країнах, які прагнуть

стати частиною європейського правового простору, зокрема і в Україні [140, с. 11]. До таких принципів традиційно належать принцип справедливості, принцип свободи, принцип рівності, принцип гуманізму, принцип демократизму, а також принцип поваги та захисту основних прав людини.

Загальні принципи права є фундаментальними положеннями, що властиві всій правовій системі та діють в усіх її сферах та інститутах. Серед цих принципів виділяють верховенство права, правову визначеність, добросовісність, пропорційність, розумність тощо [141, с. 125].

Галузеві принципи права є основою, характерною для певної галузі права, визначають її особливості та напрями розвитку. Система права поділяється на галузі залежно від предмета і методу правового регулювання. Принципи окремої галузі мають свої особливості порівняно з іншими галузями права та можуть не повністю збігатися з основними принципами права, хоча завжди залишаються в їх межах. Вони адаптують основні принципи під потреби своєї галузі, конкретизуючи їх щодо певного кола суспільних відносин. Отже, галузеві принципи мають свою специфіку та певну самостійність у межах однієї галузі [142, с. 16-25].

Міжгалузеві принципи права є такими, що властиві кільком пов'язаним галузям права. Наприклад, принципи гласності та змагальності сторін судового розгляду поширюються на кримінально-процесуальне та цивільно-процесуальне право. Принципи недоторканості власності, свободи економічної діяльності, свободи укладання договорів, необхідності конкуренції та заборони монополізації характерні для підприємницького та банківського права.

Принципи права можна класифікувати за джерелом їх походження на дві категорії: перша – це *principes axiomatiques*, які є проявом природного права та служать фундаментальними засадами; суди можуть застосовувати їх, навіть якщо вони ще не отримали зовнішньої об'єктивації. Друга категорія – *principes structurels*, які пов'язані з особливостями певних правових систем, наприклад, принцип верховенства в ЄС; *principes communs*, які визнаються цивілізованими націями і становлять основу міжнародного права [143, с. 220].

Деякі науковці вважають, що спосіб закріплення правових принципів у

писаному законі, може бути критерієм їх класифікації. Вони поділяють ці принципи на дві великі групи: 1) принципи, які безпосередньо закріплені в законодавстві; 2) принципи, зміст яких випливає із загальної сукупності правових приписів.

Наведені критерії класифікації принципів права допомагають краще пізнати їх природу та є корисними як з теоретичної, так і з практичної точки зору.

Принципи правового регулювання відіграють ключову роль у сфері охорони здоров'я як однієї із найважливіших сфер суспільного життя. Їх дотримання при формуванні та реалізації законодавства сприяє підвищенню ефективності законотворчої діяльності, забезпечує системність і єдність правових норм. Це, своєю чергою, важливо для удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Щодо закріплення таких принципів, то слід розпочати зі Статуту ВООЗ, у якому закріплені такі принципи: 1) доступність медичної допомоги; 2) рівність – забезпечення рівного доступу до медичних послуг незалежно від раси, релігії, політичних переконань тощо; 3) пріоритетність – право на охорону здоров'я визначається як один із найважливіших напрямів державної діяльності, а забезпечення громадського здоров'я є основним напрямом у досягненні миру та безпеки; 4) загальнодоступність наукових досягнень у сфері медицини для всіх країн світу; 5) ефективність – право людини на отримання кваліфікованої медичної допомоги; 6) особливість захисту здоров'я дитини; 7) співробітництво суспільства та держави у сфері охорони здоров'я; 8) відповідальність держави за стан громадського здоров'я; 9) повага до гідності та заборона проведення медичних дослідів без згоди особи.

Серед основних міжнародних документів у сфері охорони здоров'я можемо виокремити нормативно-правові акти, які визначають загальні стандарти надання медичної допомоги (Женевська декларація 1948 року); функціонування системи охорони здоров'я в державі (Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я, прийняті у 1963 році, із поправками, внесеними у 1983 році); та ті, які висувають вимоги щодо поведінки

лікаря, який безпосередньо надає медичні послуги (Міжнародний кодекс медичної етики 1949 року, із поправками, внесеними в 1968, 1983 і 2006 роках, Декларація щодо незалежності та професійної свободи лікаря 1986 року, Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування 1987 року).

Провівши юридичний аналіз міжнародних нормативно-правових актів, можемо визначити низку основних принципів, що стосуються системи охорони здоров'я як об'єкта публічного адміністрування. Так, у «Женевській декларації» можемо виокремити головний принцип лікарів – принцип служіння людству та ідеалам гуманності шляхом надання медичної допомоги всім без винятку, незалежно від віку, хвороби або недієздатності, віросповідання, етнічного походження, політичної незалежності, раси, сексуальної орієнтації, соціального статусу або будь-яких інших факторів [144].

У «Міжнародному кодексі медичної етики», заснованому на Женевській конвенції і присвяченому етичним принципам лікарської діяльності, можемо визначити принцип добросовісності. Кодексом регламентовано, що лікар не повинен дозволяти мотивам прибутку впливати на його вільне та незалежне прийняття професійних рішень на користь пацієнтів, ставитися до своїх колег так, як бажав би, щоб ставилися до нього, та не повинен переманювати пацієнтів у своїх колег [145].

У «Дванадцяти принципах організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я» визначено, що кожна національна система повинна забезпечувати пацієнтам можливість обирати лікаря, а лікарю – пацієнта без зовнішнього впливу. Будь-яка система охорони здоров'я має бути доступною для ліцензованих лікарів, які повинні мати можливість вільно виконувати свої професійні обов'язки в обраному ними місці [146].

У «Декларації про незалежність і професійну свободу лікаря» визначаються пріоритети професійної незалежності медичних фахівців. Документом регламентовано, що професійна свобода передбачає захист від стороннього втручання у лікувальний процес. Незалежність у прийнятті медичних та етичних рішень лікаря повинна завжди охоронятися і захищатися. Це підкреслює морально-

етичні аспекти медичної діяльності та значення того, що лікар повинен мати свободу й незалежність у прийнятті рішень щодо пацієнта, у виборі стратегії та методів лікування. Також у Декларації зазначено, що надаючи лікарям незалежність та професійну свободу, суспільство забезпечує найкращі можливості для своїх систем охорони здоров'я. Це робить внесок у створення сильної та безпечної держави, а також визначає принцип професійної автономії лікаря [147].

«Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування» ще раз акцентує увагу на важливості професійної автономії як ключового елемента високоякісної медичної допомоги, який повинен бути збережений в інтересах пацієнта. Декларацією проголошено, що лікарі застосовують експертизу для винесення необхідних оцінок, які повинні використовуватися в інтересах пацієнтів, забезпечуючи їм безперервну якісну допомогу кваліфікованими фахівцями. До їх обов'язків входить також документування досягнень у галузі наукової медицини та застосування безпечних й ефективних методів лікування. Експериментальні процедури повинні включати гарантії, передбачені Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації, а також інші гарантії, які можуть бути затребувані у будь-якій країні. Дискредитовані наукові теорії не повинні застосовуватися в лікуванні [148]. Отже, можемо виділити ще один важливий принцип – доказовості. Документом також регламентовано, що медична допомога має бути доступною для усіх громадян. Не можна допускати, щоб необґрунтоване використання медичної техніки призводило до зростання вартості медичних послуг до такого рівня, що вони стануть недоступними для пацієнтів, які їх потребують. Звідси виділяємо принцип – доступності.

«Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації» визначає принципи проведення медичних досліджень за участю людини, як об'єкта дослідження. Документом регламентовано, що такі дослідження повинні відповідати загальноприйнятим науковим принципам і базуватися на глибоких знаннях наукової літератури та інших важливих джерел інформації. Передбачається також проведення відповідних лабораторних експериментів і, за потреби, експериментів на тваринах [149]. Крім того, зазначено, що медичні дослідження повинні

виконуватися лише фахівцями з належною науковою підготовкою та кваліфікацією, звідси простежується ще один принцип – науковості.

Отже, резюмуючи зазначене вище, можемо виділити такі принципи у сфері охорони здоров'я, які ґрунтуються на міжнародних документах: принцип служіння людству та ідеалам гуманності; принцип добросовісності; принцип вільного вибору лікаря; принцип професійної автономії лікаря; принцип доказовості; принцип науковості та принцип доступності. На нашу думку, дані принципи мають пріоритетне значення і для національної системи охорони здоров'я, особливо в умовах реформування та адаптації законодавства до законодавства ЄС. Більшість із них вже знайшли своє відображення в національному законодавстві.

Основним Законом країни визначаються основоположні засади реалізації державної та муніципальної влади, які є загальними для будь-яких сфер людської діяльності. Вважаємо, що для сфери охорони здоров'я першочергове значення має ст.1 Конституції України, відповідно до якої Україна визнається суверенною і незалежною, демократичною, соціальною, правовою державою. Конституційний Суд України підсумував, що принцип правової держави передбачає встановлення правопорядку, який повинен гарантувати кожному утвердження і забезпечення прав і свобод людини [150]; основними завданнями соціальної держави є створення умов для реалізації соціальних, культурних та економічних прав людини, сприяння самостійності і відповідальності кожної особи за свої дії, надання соціальної допомоги тим громадянам, які з не залежних від них обставин не можуть забезпечити достатній рівень життя для себе і своєї сім'ї [151].

Вартий уваги для публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, закріплений Основним Законом України, принцип найвищої соціальної цінності людини, відповідно до якого людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Зазначений принцип передбачає безумовний пріоритет прав і свобод людини для визначення змісту і спрямованості діяльності органів публічної влади.

Пов'язаною зі згадуваними принципами є ст. 49 Конституції України, яка гарантує державне фінансування відповідних соціально-економічних, медико-

санітарних й оздоровчо-профілактичних програм; ефективно й доступне медичне обслуговування; безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних ЗОЗ.

Деталізація конституційних засад у сфері охорони здоров'я здійснена в ст. 4 Основ законодавства. Так, головними принципами охорони здоров'я України є: 1) визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; 2) дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; 3) гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; 4) рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я; 5) відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; 6) орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я; 7) попереджувально-профілактичний характер, комплексний, соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я; 8) багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; 9) децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі; 10) формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-комунікаційних систем, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, а також на засадах інтероперабельності, інтегрованості і впровадження інструментів електронної охорони здоров'я; 11) дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при

наданні медичної та/або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини. Принципи, закріплені в Основах законодавства мають різну природу, адже частина з них є суто принципами правового регулювання, інші – принципами державної політики. Отримала закріплення і низка правозастосовчих принципів, які мають бути дотримані суб'єктами публічного адміністрування під час розгляду адміністративних справ у сфері охорони здоров'я (щодо ліцензування, реєстрації, акредитації, реалізації контрольних-наглядових повноважень).

Сфера охорони здоров'я охоплює значне коло суспільних відносин, частка з яких складається між особою та публічною адміністрацією, зокрема і під час реалізації останньою владних повноважень у сфері охорони здоров'я. Такі відносини мають ґрунтуватися на принципах належного адміністрування, що виступає необхідною передумовою інтеграції України до ЄС, та отримали втілення в Законі України «Про адміністративну процедуру» [152]. Так, до принципів адміністративної процедури, які також поширюються на адміністративну діяльність публічних органів у сфері охорони здоров'я, приміром, під час надання публічних, зокрема адміністративних послуг чи реалізації інспекційних повноважень, належать: 1) верховенство права, у тому числі законності та юридичної визначеності; 2) рівність перед законом; 3) обґрунтованість; 4) безсторонність (неупередженість) адміністративного органу; 5) добросовісність і розсудливість; 6) пропорційність; 7) відкритість; 8) своєчасність і розумний строк; 9) ефективність; 10) презумпція правомірності дій та вимог особи; 11) офіційність; 12) гарантування права особи на участь в адміністративному провадженні; 13) гарантування ефективних засобів правового захисту. Як зазначається в літературі, частина цих принципів вже відома національній правозастосовній практиці. Так, мова йде про принципи, закріплені Конституцією України, – верховенство права та законність; визнаються критеріями для перевірки адміністративними судами рішень, дій чи бездіяльності суб'єктів владних повноважень – обґрунтованості, безсторонності, добросовісності, розсудливості, рівності перед законом, пропорційності, право на участь особи у процесі прийняття рішення, своєчасності

та розумності строку (ч. 2 ст. 2 Кодексу адміністративного судочинства України) [153]. Принципи адміністративної процедури повністю змінили підхід до взаємовідносин між особою та державою і відіграють головну роль у визначенні засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Крім того, у кожній підсистемі охорони здоров'я законодавство визначає так звані внутрішньогалузеві принципи. Приміром, принципами надання психіатричної допомоги є принципи законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та, відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг (ст. 4 Закон України «Про психіатричну допомогу»). Система громадського здоров'я в Україні діє з дотриманням таких основних принципів, як-от: законність; справедливість; цілісність; орієнтованість на населення; мінімізація шкоди; участь та відповідальність; своєчасність; міжгалузеве співробітництво; впровадження передових світових практик; обґрунтованість рішень; протидія дискримінації щодо здоров'я (ст. 3 Закон України «Про систему громадського здоров'я»).

Але оскільки обсяг дисертаційного дослідження не дозволяє дослідити принципи всіх секторів системи охорони здоров'я і предметом дослідження є публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я загалом, то вважаємо важливим зосередити увагу саме на принципах, які є спільними для сфери охорони здоров'я.

Публічне адміністрування системою охорони здоров'я задля досягнення мети вимагає поєднання принципів правового регулювання у сфері охорони здоров'я та правозастосовчих принципів, на яких засновується управлінська та сервісна діяльність суб'єктів публічного адміністрування. До таких принципів відносять загальні принципи (верховенства права, законності, додержання прав людини та громадянина, найвищої соціальної цінності людини, співробітництва суспільства та держави у сфері охорони здоров'я, відповідальності держави за стан громадського здоров'я, належного публічного адміністрування, офіційності, пропорційності тощо) і спеціальні принципи (вільного вибору лікаря, безбар'єрності та доступності медичних послуг, професійної автономії лікаря

тощо).

Отже, принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я не є аксіомою і повинні відповідати змінам, які відбуваються в суспільстві (впровадження новітніх технологій, реформування, євроінтеграція тощо). Важливим є і те, що оскільки принципи є керівними ідеями, на яких базується уся правова система, то вони також мають бути орієнтовані на врахування змін у визначеній сфері у майбутньому.

2.2 Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я здійснюється визначеними Конституцією України та іншими нормативно-правовими актами суб'єктами, які наділяються відповідними владними повноваженнями у зазначеній сфері. Відповідно одним із ключових елементів механізму публічного адміністрування є його суб'єкти.

Під суб'єктом розуміють: 1) носія активної діяльності, свідомості та пізнання; людину, групу чи людство, які виступають акторами в духовно-теоретичному освоєнні та практичному перетворенні світу; 2) у теорії пізнання – активний елемент пізнавального відношення відносно об'єкта, який досліджується; 3) у формальній логіці – один із трьох компонентів простого судження поряд із предиктом і зв'язкою, предмет думки [154]. З філософської точки зору, суб'єкт (від лат. *Subjectum* – те, що лежить внизу, перебуває в основі) означає носія діяльності, який пізнає навколишній світ і впливає на нього. Це може бути як окрема людина, так і група осіб, культура, суспільство або людство в цілому на відміну від того, що вивчається або змінюється внаслідок дій. Суб'єкт – це особа, організована група осіб, соціальна, політична спільнота, суспільство в цілому, які здійснюють властиву їм діяльність, що спрямована на практичне перетворення об'єктивної дійсності, теоретичне й духовне освоєння її. Суб'єкт наділений певними якостями, які дозволяють йому виконувати суспільно значущі функції [155, с. 613].

У загальній теорії адміністративного права під суб'єктом розуміють носія

(фізичну або юридичну особу) прав і обов'язків у сфері публічного адміністрування, визначених адміністративно-правовими нормами, який здатен реалізовувати надані йому права і виконувати покладені на нього обов'язки [156, с. 226]. На думку М. Г. Хаустової, дефініція «суб'єкт права» є загальною і первинною, тоді як «суб'єкт правовідносин» – конкретною і вторинною. Дослідниця вважає, що суб'єкт правовідносин є індивідуально визначеним суб'єктом права, який реалізує свої права і свободи в межах конкретних правовідносин. Проте не кожен суб'єкт права автоматично стає суб'єктом конкретних правовідносин [157, с. 38].

Так само суб'єкт відіграє провідну роль у механізмі публічного адміністрування. Варто погодитися із думкою С. І. Чернова, який вважає, що основними складовими структури механізму публічного адміністрування є суб'єкт і об'єкт управління, а також цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Суб'єкт і об'єкт виступають першочерговими елементами публічного адміністрування, і саме їх взаємодія відображена в нормативно-правових документах, які регулюють вплив держави на різні сфери життєдіяльності суспільства. У системі державного управління об'єктом управління є суспільство та його діяльність, а суб'єктом – органи виконавчої влади [158, с. 64].

У доктрині адміністративного права під суб'єктом адміністративного права розуміють особу, яка володіє суб'єктивними правами та юридичними обов'язками, визначеними нормами цього права, і має потенційну здатність бути учасником адміністративно-правових відносин [159, с. 557]. Я. М. Сандул під суб'єктом адміністративного права розглядає носія прав і обов'язків у сфері державного управління, які передбачені адміністративно-правовими нормами, здатного реалізовувати свої права, виконувати обов'язки та самостійно виступати як суб'єкт відповідальності [160, с. 103].

При цьому обов'язковим суб'єктом відносин, що належать до предмета адміністративного права, є саме суб'єкт публічного адміністрування. Науковець Є. Ю. Соболев вважає, що до суб'єктів публічного адміністрування належать загальнодержавні, регіональні та місцеві органи державної влади, органи місцевого

самоврядування, їх посадові та службові особи, а також інші адміністративні й громадські інституції, уповноважені на виконання публічних функцій [161, с. 90]. В. Я. Малиновський вважає суб'єктом публічного адміністрування систему, яка володіє певною компетенцією та державно-владними повноваженнями, що дозволяє їй реалізовувати свою волю у вигляді керівних команд або рішень, обов'язкових до виконання [162, с. 235]. Таким чином, суб'єктом публічного адміністрування є особа, наділена владними повноваженнями, яка в межах своїх можливостей здійснює вплив на певні суб'єкти з метою задоволення публічного інтересу. Суб'єкти публічного адміністрування становлять собою певну систему, адже саме у взаємозв'язку між окремими елементами досягається мета публічного адміністрування.

У контексті системи суб'єктів публічного адміністрування в доктрині права поняття «система» означає сукупність взаємопов'язаних елементів, які взаємодіють із середовищем як єдине ціле і відокремлене від нього. Це нерозривна єдність, що виступає повноцінною системою для нижчих рівнів ієрархії, із постійними зв'язками із зовнішнім середовищем. Взаємопов'язана група елементів відокремлюється від зовнішнього середовища та об'єднується спільною метою або загальними правилами поведінки. Це сукупність елементів і зав'язків між ними, яка утворює єдність і взаємодіє як з елементами системи, так і з зовнішнім середовищем, створюючи цілісність і якісну визначеність даної системи, що сприяє досягненню мети. Основними характеристиками системи є множинність елементів, єдність загальної мети для всіх елементів, наявність зв'язків між елементами, цілісність і єдність структури, ієрархічність та відносна самостійність [163, с. 27].

Що стосується системи суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, то під терміном «система» варто розуміти сукупність взаємопов'язаних елементів, які формують єдине ціле, взаємодіють між собою та мають спільну мету – збереження та зміцнення здоров'я населення.

Отже, система суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я – це взаємозалежна, цілісна, ієрархічно побудована сукупність органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів, які

відповідно до призначення та в межах повноважень, визначених законом й іншими підзаконними нормативно-правовими актами, здійснюють публічне адміністрування в зазначеній сфері.

На законодавчому рівні відсутнє закріплення системи суб'єктів публічного адміністрування. Для виокремлення складових цієї системи важливо проаналізувати чинне законодавство на предмет закріплення за певними суб'єктами публічно-владних повноважень у сфері охорони здоров'я.

Основами законодавства ст. 14 визначено органи, на які покладається реалізація державної політики охорони здоров'я, це органи виконавчої влади. Отже, основними суб'єктами, що наділяються публічно-владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, є органи виконавчої влади. Конституція України виокремлює три рівні в системі органів виконавчої влади: вищий, представлений КМУ; центральний – міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади; місцевий – місцевими державними адміністраціями. Поточним законодавством на місцевому рівні передбачено створення й інших місцевих органів виконавчої влади – територіальних органів міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Аналіз нормативно-правових актів дозволяє зробити висновок, що органи виконавчої влади є не єдиними суб'єктами публічного адміністрування в окресленій сфері.

Верховна Рада України безпосередньо не здійснює публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, проте впливає на цю сферу шляхом прийняття законів з питань функціонування системи охорони здоров'я, затверджує загальнодержавні програми щодо охорони здоров'я населення, формує відповідні проекти засад державної політики, розглядає концепції реформування системи охорони здоров'я, щорічно проводить парламентські слухання щодо стану охорони здоров'я в Україні. 29 серпня 2019 року створений Комітет Верховної Ради з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, основними напрямками роботи якого є законодавство у сфері охорони здоров'я, включно з медичною допомогою, лікувальною діяльністю, лікарськими засобами, медичними виробами, фармацією та фармацевтичною діяльністю; державна політика у сфері

боротьби із соціально-небезпечними захворюваннями, інфекційного контролю та епідемічної безпеки; сучасні медичні технології та обладнання; розвиток трансплантології в Україні; добровільне медичне страхування; правове регулювання обов'язкового державного медичного страхування; санаторно-курортне оздоровлення; охорона материнства та дитинства; репродуктивне здоров'я населення; військова медицина [164]. Здійснення парламентського контролю за додержанням конституційних прав і свобод людини і громадянина, зокрема і права на охорону здоров'я та якісне медичне обслуговування населення, покладається на Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини [165].

Характеристика суб'єктів публічного адміністрування буде неповною, якщо не проаналізувати повноваження Президента України у сфері охорони здоров'я. Так, відповідно до ст. 102 Конституції України Президент України є гарантом державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання Конституції України, прав і свобод людини і громадянина. З урахуванням зазначеного Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я. Через свої координаційні органи Президент України забезпечує належний захист прав та законних інтересів громадян України, протидії корупції тощо. Так, функціями Ради національної безпеки та оборони України визначено: внесення пропозицій Президентові України щодо реалізації засад внутрішньої і зовнішньої політики у сфері національної безпеки і оборони; координація та здійснення контролю за діяльністю органів виконавчої влади у сфері національної безпеки і оборони у мирний час; координація та здійснення контролю за діяльністю органів виконавчої влади у сфері національної безпеки і оборони в умовах воєнного або надзвичайного стану та при виникненні кризових ситуацій, що загрожують національній безпеці України (ч. 1 ст. 3 Закону України «Про Раду національної безпеки та оборони України») [166]. Приміром, з метою недопущення зловживань у сфері медико-соціальної експертизи Рішенням РНБО було рекомендовано Офісу Генерального прокурора, Службі безпеки України, Державному бюро розслідувань, Національній поліції України, Національному антикорупційному бюро України прозвітувати заходи реагування щодо виявлення, розслідування та

протидії корупційним й іншим кримінальним правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів [167]; розглянувши стан системи охорони здоров'я, її вплив на здоров'я громадян та демографічну ситуацію в державі, РНБО у 2021 році скоригувало вимоги щодо необхідності розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я, введення індикаторів якості надання первинної медичної допомоги, удосконалення електронної системи охорони здоров'я тощо [168].

Головним органом, на який покладається реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, є Кабінет Міністрів України, який, відповідно до положень ст. 113 Конституції України, є вищим органом у системі органів виконавчої влади, відповідальним перед Президентом України, підконтрольним та підзвітним Верховній Раді України.

Діяльність КМУ регламентована Законом України «Про Кабінет Міністрів України» та спрямована на забезпечення інтересів Українського народу, шляхом виконання Конституції та законів України, актів Президента України, а також Програми діяльності КМУ, схваленої Верховною Радою України, вирішення питань державного управління у сфері охорони здоров'я, законності, забезпечення прав і свобод людини та громадянина, запобігання та протидії корупції [169].

На Уряд покладається проведення державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури та забезпечення доступності медичних, освітніх і спортивних послуг. Окрім того, КМУ організовує розробку та виконання державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що сприяють ефективній діяльності у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі ЗОЗ, укладає міжурядові угоди та координує міжнародну співпрацю з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції виконує інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в цій сфері.

Наступним рівнем публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є міністерства та інші центральні органи виконавчої влади, які в межах своїх

повноважень розробляють програми та прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги для покращення охорони здоров'я населення. Окрім того, вони здійснюють державний контроль і нагляд, а також виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я.

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається Положенням про Міністерство охорони здоров'я України [170]. МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, відповідальним за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. У його компетенцію входить захист населення від інфекційних захворювань, протидія ВІЛ/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам, а також попередження та профілактика неінфекційних захворювань. МОЗ координує епідеміологічний нагляд, імунопрофілактику та промоцію здорового способу життя, сприяючи відповідальному ставленню до власного здоров'я й запобігання факторам ризику, а також попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення й гігієнічної регламентації небезпечних факторів. МОЗ відповідає за створення національної системи крові, біологічну безпеку та боротьбу з антимікробною резистентністю, реагування на небезпеки та надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідеміологічного благополуччя населення. Окрім цього, МОЗ забезпечує розвиток системи медичних послуг, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, технічне регулювання різних медичних виробів та забезпечення населення якісними, ефективними й безпечними лікарськими засобами, контролює їх створення, виробництво та обіг, а також займається протидією незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів.

Також, відповідно до Положення, МОЗ у сфері охорони здоров'я: 1)

забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання ЗОЗ, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнтів; 2) готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я; 3) здійснює організаційне керівництво судово-медичною і судово-психіатричною службами; 4) здійснює керівництво службою медицини катастроф; 5) погоджує щорічні плани функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі; 6) визначає єдині вимоги і критерії до ЗОЗ, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги в разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, здійснює контроль за дотриманням таких вимог і критеріїв; 7) затверджує примірні штатні розписи й таблиці оснащення ЗОЗ системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць; 8) визначає єдині кваліфікаційні вимоги до працівників сфери охорони здоров'я; 9) організовує наукове забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги; 10) сприяє працевлаштуванню випускників закладів вищої освіти на першому (бакалаврському) та/або другому (магістерському) рівнях вищої освіти за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я».

Очолює МОЗ, здійснює керівництво та координує діяльність визначених КМУ центральних органів виконавчої влади Міністр. Окрім зазначеного, Міністр видає обов'язкові до виконання центральним органом виконавчої влади накази та доручення з питань, що належать до сфери діяльності таких органів; погоджує створення, реорганізацію, ліквідацію територіальних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується та координується Міністром, як структурних підрозділів апарату таких органів; спрямовує та координує діяльність центральних органів виконавчої влади; діяльність яких спрямовується і координується КМУ через Міністра, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному законодавством, що здійснюють впровадження інформаційно-комунікаційних систем та електронних реєстрів у сфері охорони здоров'я, зокрема електронної

системи охорони здоров'я тощо.

МОЗ створює Центральну медико-соціальну експертну комісію (ЦМСЕК МОЗ), визначає її голову та заступника голови. На сьогодні її права та обов'язки здійснює державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» [171]. На територіальному рівні створюються медико-соціальні експертні комісії, з яких створюються в установленому порядку центри (бюро), що належать до закладів охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій [172]. Зазначені комісії проводять медико-соціальні експертизи хворим, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, особам з інвалідністю (далі – особи, що звертаються для встановлення інвалідності) з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації. 15 листопада 2024 року КМУ прийняв постанову «Про деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» (набуде чинності 01.01.2025), яка визначила новий порядок проведення оцінювання і замінює процес МСЕК, а саме: експертиза щодо встановлення інвалідності відповідно до законодавства для повнолітніх осіб проводиться експертними командами з оцінювання повсякденного функціонування особи, а також Центром оцінювання функціонального стану осіб; проведення оцінювання повсякденного функціонування особи організовується в кластерних та надкластерних закладах охорони здоров'я; визначені критерії направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи [173]. Нова система оцінювання буде здійснюватися командами лікарів на базі лікарень відповідно до профілю.

Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується КМУ через Міністра

охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними завданнями НСЗУ є: 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); 2) виконання функцій замовника медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій та за бюджетними програмами, розпорядником яких є НСЗУ; 3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [174]. Відповідно до покладених завдань НСЗУ узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення нормативно-правових актів; проводить аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах; розробляє проєкт програми медичних гарантій, порядок реалізації програми медичних гарантій та проєкти специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій, вносить пропозиції щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій; визначає референтні заклади охорони здоров'я та аналізує їх витрати; проводить моніторинг виконання умов договорів про медичне обслуговування населення та про реімбурсацію; забезпечує функціонування ЕСОЗ, визначає напрями її розвитку, проводить верифікацію даних у системі, затверджує технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем, забезпечує ведення реєстрів, що входять до складу ЕСОЗ, інших державних електронних баз та реєстрів, інших інформаційних систем у сфері, що належить до її компетенції тощо. Вважається, що НСЗУ є одним із ключових системоутворюючих учасників медичного простору й поєднує в собі повноваження фінансування, вивчення ситуації, взаємодії з ЗОЗ на партнерських засадах на основі отриманої й узагальненої інформації – виробляти пропозиції «щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [175].

Наступним органом на центральному рівні є Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, діяльність якої спрямовується і координується КМУ через Міністра охорони здоров'я, що реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові [176].

Основними завданнями Держлікслужби є: реалізація державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також внесення Міністрові охорони здоров'я пропозицій щодо формування державної політики у зазначених сферах; ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; технічне регулювання у визначених сферах; здійснення державного регулювання і контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та протидії їх незаконному обігу; ліцензування господарської діяльності із заготівлі і тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, із переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії; реалізація державної політики у сфері донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові, проведення перевірки відповідності умов діяльності суб'єктів системи крові, що здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, вимогам належної виробничої практики. На виконання покладених завдань Держлікслужба проводить галузеву атестацію лабораторій із здійснення контролю якості лікарських засобів; проводить атестацію провізорів і фармацевтів; формує та веде Реєстр осіб, відповідальних за введення в обіг медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних

виробів для діагностики *in vitro*; видає суб'єктам господарювання ліцензії на виробництво лікарських засобів, імпорт таких засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами; видає суб'єктам господарювання дозволи на право ввезення (вивезення) та на право транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; а також має значну частину контрольних повноважень у сфері обігу лікарських засобів та наркотичних засобів.

Ще одним органом слід зазначити Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів, яка є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується КМУ та який реалізує державну політику у галузі санітарного законодавства, санітарного та епідемічного благополуччя населення (крім виконання функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників) попередження та зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення [177].

Окремі повноваження у сфері охорони здоров'я мають й інші центральні органи виконавчої влади. Так, Міністерство внутрішніх справ України відповідно до покладених на нього завдань розробляє, організовує і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, оздоровчих та реабілітаційних заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я осіб, які відповідно до законодавства мають право на медичне обслуговування в ЗОЗ МВС; здійснює управління ЗОЗ, що належать до сфери управління МВС; здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд на підпорядкованих територіях, у військових частинах і підрозділах [178].

Міністерство оборони України визначає в межах повноважень, передбачених законом, пріоритетні напрями та прогнози щодо розвитку і вдосконалення системи охорони здоров'я військовослужбовців ЗСУ, розробляє програму розвитку системи медичного забезпечення ЗСУ у мирний час та особливий період, організовує їх виконання та здійснює державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я в Міноборони та ЗСУ; організовує додержання в ЗОЗ Міноборони стандартів

медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; організовує медичне забезпечення ЗСУ у мирний час та особливий період, розробляє і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, санаторно-курортних та реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців ЗСУ; затверджує порядок медичного огляду військовослужбовців, організовує та контролює його проведення, подає КМУ пропозиції щодо організації та проведення військово-лікарської експертизи у ЗСУ; здійснює управління щодо ЗОЗ, які належать до сфери управління Міноборони, затверджує положення про такі заклади та забезпечує підтримання їх високої мобілізаційної готовності, а також готовності до виконання завдань за призначенням; організовує присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій військовослужбовцям медичних і фармацевтичних спеціальностей; організовує забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя військовослужбовців у ЗСУ та здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд на підпорядкованих їм територіях, об'єктах у військових частинах [179].

Опосередковано повноваженнями у сфері охорони здоров'я, спрямованими на реалізацію державної політики у сфері соціального захисту населення з питань активного та здорового довголіття, наділяється і Національна соціальна сервісна служба. Зазвичай орган організовує і проводить інформаційно-роз'яснювальну роботу з питань реалізації державної політики щодо сім'ї, популяризації інституту сім'ї, посилення мотивації до реєстрації шлюбу та відповідального батьківства, здорового способу життя, поширення інформації про права та послуги для сімей; активного та здорового довголіття; подолання негативних наслідків старіння; забезпечує організаційно-методичний супровід діяльності місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування щодо створення умов для підтримання здоров'я та активного довголіття, організації соціального обслуговування громадян похилого віку; проводить інформаційно-роз'яснювальну роботу через засоби масової інформації, організовує проведення просвітницьких заходів з питань активного та здорового довголіття, подолання негативних

наслідків старіння [180].

Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України є провідним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який відповідає за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони навколишнього середовища та екологічної безпеки, що опосередковано також має вплив і на сферу охорони здоров'я. Так, Міндовкілля здійснює моніторинг наслідків виконання документа державного планування для довкілля, у тому числі для здоров'я населення; затверджує перелік хімічних речовин, які становлять неконтрольований ризик для здоров'я людини та/або довкілля, які неможливо контролювати, виробництво, використання або надання на ринку України яких обмежується; установлює порядок та критерії взяття на державний облік об'єктів, які справляють або можуть справити шкідливий вплив на здоров'я людей і стан атмосферного повітря, визначення видів та обсягів забруднювальних речовин, що викидаються в атмосферне повітря [181].

Щодо регіональних органів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, то в науковій літературі пропонується такий їх поділ: 1) суб'єкти публічного управління обласного рівня: суб'єкти міжгалузевої компетенції (обласна рада, обласна державна адміністрація); суб'єкти галузевої компетенції (департамент, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, обласна лікарня); 2) суб'єкти публічного управління районного рівня: суб'єкти міжгалузевої компетенції (районна рада, районна державна адміністрація, сільські, селищні, міські ради на території району); суб'єкти галузевої компетенції (управління, відділи, сектори охорони здоров'я, районної державної адміністрації, районна лікарня, центр первинної медико-санітарної допомоги) [182, с. 5]. У даній класифікації суб'єкти об'єднані за різними категоріями, і, вірогідно, було б доцільним здійснити їх розподіл за територіальним принципом, а потім – за сферами їх діяльності.

На нашу думку, на місцевому рівні повноваженнями у сфері охорони здоров'я наділяються місцеві державні адміністрації, територіальні органи відповідних міністерств й інших центральних органів виконавчої влади та органи

місцевого самоврядування. Тобто до суб'єктів публічного адміністрування на місцях належать як органи державного управління, так і муніципального.

Загальну компетенцію, зокрема й у сфері охорони здоров'я, мають місцеві державні адміністрації, які відповідно до Закону України «Про місцеві державні адміністрації» вирішують питання науки, освіти, культури, охорони здоров'я, фізкультури і спорту, сім'ї, жінок, молоді та дітей, утвердження української національної та громадянської ідентичності; додержання законодавства з питань науки, мови, реклами, освіти, культури, охорони здоров'я, материнства та дитинства, сім'ї, молоді та дітей, соціального захисту населення, фізичної культури і спорту [183]. Крім того, місцеві державні адміністрації реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я; можуть здійснювати функції засновника щодо наукових ЗОЗ; вживають заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; приймають рішення щодо необхідності вжиття роботодавцями заходів щодо профілактики та запобігання поширенню епідемій, пандемій; організують роботу медичних закладів з подання допомоги населенню, надають у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшення умов життя багатодітних сімей.

У разі створення на місцевому рівні територіальних органів міністерств та інших центральних органів виконавчої влади вони реалізують відповідні повноваження у сфері охорони здоров'я на місцях. МОЗ своїх територіальних органів не має, але територіальні органи, відповідно до положень, створюються Держлікслужбою, Держпродспоживслужбою, які наділяються повноваженнями у сфері охорони здоров'я.

У структурі місцевих державних адміністрацій, відповідно до рекомендаційних переліків, створюються підрозділи із забезпечення взаємодії та здійснення окремих повноважень органів місцевого самоврядування з питань охорони здоров'я [184]. Тому особлива роль у публічному адмініструванні у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації належить органам місцевого самоврядування, оскільки саме вони є найбільш наближеними до населення, що проживає на певній території – області, району, міста, селища, села.

Поняття «децентралізація» – це передача повноважень та бюджетних надходжень від державних органів до органів місцевого самоврядування [185]. Так, ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначено власні та делеговані повноваження сільської, селищної, міської ради в сфері охорони здоров'я [186]. До власних (самоврядних) повноважень відносять: управління ЗОЗ, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм. До делегованих повноважень законодавчо віднесено: забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності освіти і медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення, відповідно до закону, розвитку медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів, залучення роботодавців до надання місць для проходження виробничої практики учнями професійно-технічних навчальних закладів; забезпечення, відповідно до законодавства, пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Також ст. 16 Основ законодавства регламентовано, що органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі ЗОЗ комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання ЗОЗ з урахуванням затвердженого у встановленому порядку плану розвитку госпітального округу. Зараз керівними органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є відповідні ради на певній території, а безпосередньо функція управління підконтрольними об'єктами здійснюється через їх виконавчі органи – департаменти (управління, відділи) охорони здоров'я, правовий статус яких визначається положеннями, що затверджуються радами.

Отже, органи місцевого самоврядування в системі суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України здійснюють управлінські заходи «на місцях» безпосередньо, виходячи з потреб тієї чи іншої адміністративно-територіальної одиниці.

Крім суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є необхідність виокремити координаційні та консультативно-дорадчі органи. Вони не наділяються публічно-владними повноваженнями, але їх діяльність є важливою для реалізації управлінського впливу в досліджуваній сфері. На них покладається попереднє вирішення окремих питань, координація робіт, вирішення питань функціональної взаємодії, що забезпечує ефективність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

З метою координації роботи ЗОЗ, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, ефективного використання і концентрації матеріально-технічних ресурсів, покращення якості надання медичної допомоги населенню створена Міжвідомча координаційна рада при МОЗ [187]. Її основними завданнями є: координація робіт, спрямованих на раціональне використання ЗОЗ, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; вирішення питань функціональної взаємодії ЗОЗ, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань реформування охорони здоров'я; внесення пропозицій до проектів актів законодавства з питань функціонування взаємодії ЗОЗ, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади; узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань реформування охорони здоров'я; внесення пропозицій до проектів актів законодавства з питань функціональної взаємодії ЗОЗ, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; розгляд пропозицій щодо підвищення ефективності діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади з

питань оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом; аналіз результатів функціональної взаємодії ЗОЗ, що належать до сфери управління міністерств інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; відпрацювання механізмів оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальними принципом.

Дорадчим органом МОЗ є Офіс координації розвитку електронної охорони здоров'я, що створюється з метою вдосконалення системи і механізмів управління електронною охороною здоров'я, аналізу сучасного стану справ, проблемних питань та шляхів їх розв'язання, а також визначення основних напрямів розвитку електронної охорони здоров'я [188].

У 2023 році КМУ створено консультативно-дорадчий орган – Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України [189]. Основними завданнями Міжвідомчої координаційної ради є: 1) сприяння забезпеченню координації дій центральних органів виконавчої влади з питань надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України; 2) визначення шляхів, механізмів і способів вирішення проблемних питань надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України; 3) підвищення ефективності діяльності центральних органів виконавчої влади із зазначених питань; 4) підготовка пропозицій щодо удосконалення нормативно-правової бази для покращення надання психологічної допомоги постраждалим особам та підтримки таких осіб з боку держави.

Допоміжним консультативно-дорадчим органом МОЗ є Колегія Міністерства охорони здоров'я України [190], основними функціями якої є: 1) обговорення та прийняття рішень щодо перспектив і найважливіших напрямів діяльності МОЗ; 2) розгляд пропозицій щодо удосконалення законодавства; забезпечення співпраці з центральними органами виконавчої влади, Радою міністрів Автономної республіки Крим, місцевими держадміністраціями, органами місцевого самоврядування під

час виконання покладених на них завдань; формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, розширення міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; 3) обговорення прогнозів і програми соціально-економічного розвитку у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, інші державні програми та визначення шляхів їх реалізації; 4) розгляд питань про стан дотримання фінансової, бюджетної дисципліни, збереження та використання державного майна, здійснення внутрішнього фінансового контролю та усунення виявлених недоліків; 5) розробка пропозицій щодо вдосконалення діяльності МОЗ, інших центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується та координується КМУ через Міністра охорони здоров'я України, підприємств, закладів, установ та організацій, що належать до сфери його управління; 6) аналіз стану роботи МОЗ з питань забезпечення прав і свобод людини і громадянина; 7) розгляд результатів роботи МОЗ, інших центральних органів виконавчої влади, підприємств, закладів, установ та організацій, що належать до сфери його управління, а також інших підприємств, закладів, установ та організацій незалежно від форми власності й підпорядкування (у межах компетенції); 8) аналіз стану дотримання законодавства з питань державної служби, організаційно-кадрової роботи та виконавської дисципліни тощо.

Ще одним консультативно-дорадчим органом МОЗ є клініко-експертна комісія, яка створюється для колегіального розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування за конкретними випадками в ЗОЗ, а також фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську

діяльність у сфері охорони здоров'я у відповідній адміністративно-територіальній Україні [191].

Для залучення громадськості до процесу формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я створено тимчасовий консультативно-дорадчий орган – Громадську Раду. Основними завданнями Ради є: 1) сприяння реалізації громадянами конституційного права на участь в управлінні державними справами; 2) здійснення громадського контролю за діяльністю МОЗ; 3) сприяння врахуванню МОЗ громадської думки під час формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; 4) сприяння системному публічному діалогу та ефективній взаємодії МОЗ з громадськістю на засадах партнерства та організація якісної взаємодії з Громадськими радами при інших центральних органах виконавчої влади, діяльність яких спрямовує та координує КМУ через МОЗ, громадськими радами при Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київській та Севастопольській міських державних адміністраціях [192].

Для надання фахових пропозицій у сфері охорони здоров'я в Україні у межах компетенції та відповідно до чинного законодавства при МОЗ створена Медична рада як колегіальний дорадчий орган [193]. Діяльність Ради спрямована на розробку та внесення Міністру охорони здоров'я України пропозицій щодо реформування системи охорони здоров'я; наданні рекомендацій щодо програми державних гарантій медичного обслуговування населення на відповідний рік; наданні пропозицій щодо визначення пріоритетів стосовно використання міжнародної технічної допомоги, бенефіціаром якої визначено МОЗ для впровадження реформ; наданні пропозицій щодо впровадження у практику ЗОЗ нових та наявних медичних технологій; проведення аналізу пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я та результатів наукових досліджень; здійснення аналітичного прогнозу показників стану здоров'я населення, тенденцій до їх змін, надання обґрунтованих рекомендацій щодо пріоритетних напрямів наукових досліджень; організації та координації діяльності робочих груп, утворених для розробки та впровадження реформ при МОЗ; організації та проведенні обговорень

реформ з громадськістю, органами державної влади, бізнесом, донорами та іншими зацікавленими особами та впровадження і підтримка системи моніторингу результатів імплементації реформ.

Крім того, Медична рада створюється і при ЗОЗ як консультативно-дорадчий орган, з метою залучення працівників ЗОЗ до діяльності з проведення оцінки якості медичної допомоги та медичного обслуговування, безперервного підвищення професійного рівня спеціалістів ЗОЗ; забезпечення прав та безпеки пацієнтів; динаміки показників діяльності ЗОЗ, його структурних підрозділів та клінічних індикаторів якості надання медичної допомоги; випадків смерті; повторної госпіталізації з одного й того самого захворювання протягом року; розбіжності діагнозів; скарг пацієнтів або їх близьких осіб [194].

Також при МОЗ в якості консультативно-дорадчого органу створена Координаційна рада розвитку медсестринства з метою експертного супроводу завдань та функцій МОЗ, участі у формуванні стратегії та розвитку медсестринства, координації своєї роботи з МОЗ у сфері охорони здоров'я за напрямом «медсестринство» [195]. Функції координаційної ради полягають у: визначенні пріоритетів розвитку медсестринства, обґрунтуванні доцільності впровадження сучасних медичних інновацій, які можуть бути використані в практиці медичних сестер, та внесенні відповідних рекомендацій і пропозицій керівництву МОЗ; підготовці пропозицій до управлінських рішень для МОЗ з питань, що належать до компетенції Координаційної ради; участі в підготовці аналітичних довідок та звітів за напрямом «медсестринство»; участі в підготовці нових та внесенні змін до чинних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій; участі в забезпеченні обміну досвідом та знаннями щодо сучасних, заснованих на фактичних даних, міжнародних стандартах, рекомендаціях з питань медсестринства та наданні методичної, консультативно-дорадчої допомоги фаховим медичним коледжам і закладам вищої та післядипломної освіти, які здійснюють підготовку здобувачів освіти в галузі знань «223 Медсестринство».

Також в системі охорони здоров'я варто виокремити суб'єктів, на які

покладається наукове забезпечення цієї сфери. До них належить Національна академія медичних наук України, яка є державною науковою організацією з проблем медицини та охорони здоров'я [196]. Діяльність НАМН полягає у розробці пропозицій до стратегії розвитку медичної науки в Україні, вона здійснює наукову оцінку проєктів, програмних документів розвитку медицини (доктрин, концепцій, стратегій тощо), за дорученням Президента України, Верховної Ради України, КМУ або з власної ініціативи розробляє пропозиції щодо засад державної політики в галузі медичної науки і охорони здоров'я, здійснює наукову експертизу проєктів законів, державних рішень і програм в цій галузі. НАМН України організовує і здійснює фундаментальні та прикладні дослідження з найважливіших проблем медичної науки з метою покращення здоров'я та подовження життя населення, отримання нових знань про причини і механізми розвитку захворювань людини, розробки нових ефективних методів їх діагностики, лікування і профілактики, організовує підготовку висококваліфікованих наукових кадрів.

При МОЗ діє Рада молодих учених як постійний дорадчий орган, який здійснює свою діяльність за затвердженим щорічним планом роботи, її діяльність спрямована на надання рекомендацій щодо координації науково-дослідної роботи студентів, магістрів, аспірантів, докторантів, науково-педагогічних та наукових кадрів вищих навчальних закладів та науково-дослідних установ МОЗ України [197]. Рада також займається обговоренням шляхів реформування медичної науки, інтеграцією освітніх і наукових процесів, а також підвищенням якості наукових досліджень.

Питання розвитку медичної науки в Україні є предметом діяльності Вченої медичної ради як постійного дорадчого-консультативного органу МОЗ [198]. Основними напрямками діяльності є визначення пріоритетних напрямів розвитку медичної науки, забезпечення наукового супроводу реформування сфери охорони здоров'я; аналіз основних пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я, у тому числі: медичної науки та наукової діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти; стану впровадження у практику ЗОЗ

нових та ефективності використання наявних медичних технологій; медичної освіти та сучасних кваліфікаційних вимог до спеціалістів сфери, оптимальних шляхів кадрового забезпечення; наукових частин національних, держаних, галузевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я; розгляд пропозицій вчених рад науково-дослідних установ, вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти щодо такого: присудження колективам або окремим науковцям державних та іменних премій і стипендій; присвоєння почесних звань у галузі науки і техніки; висунення видатних науковців-медиків у члени-кореспонденти і академіки НАН та НАМН України згідно з чинними положеннями тощо.

Консультативно-дорадчі органи не наділяються публічно-владними повноваженнями, але є важливим дієвим інструментом побудови демократичної держави, оскільки сприяють відкритості та прозорості у прийнятті рішень органами державної влади шляхом проведення консультацій із громадськістю, попереднього обговорення питань віднесених до компетенції публічних органів та громадського контролю за їх виконанням, побудови програм, стратегій тощо.

Окремої уваги заслуговують міжнародні інституції, які не мають прямого впливу на прийняття управлінських рішень державою у сфері охорони здоров'я, а мають лише опосередкований, який полягає в розробці рекомендацій у діагностиці, лікуванні, профілактиці й боротьбі з окремими захворюваннями; такі структури повинні запроваджуватися для підвищення якості надання медичної допомоги. Роль міжнародних організацій також полягає в забезпеченні співпраці між державами та імплементації міжнародних принципів організації охорони здоров'я.

Провідну роль серед міжнародних інституцій у сфері охорони здоров'я відіграє ВООЗ. Вона відповідає за контроль виконання положень Статуту державами-членами шляхом процедури надання щорічних доповідей щодо стану охорони здоров'я. Ці доповіді містять статистичні дані про фактори, що впливають на охорону здоров'я, та доповіді про виконання рекомендацій ВООЗ [199, с. 147]. Роль зазначеної організації полягає у визначенні та моніторингу міжнародних стандартів або рекомендацій, допомозі в стандартизації медичних послуг в усьому

світі. Вагомий вплив на політику держав у сфері охорони здоров'я відіграє Рада Європи. У 2003 році Парламентська Асамблея Ради Європи ухвалила Рекомендацію «Реформа системи охорони здоров'я в Європі: поєднання справедливості, якості та ефективності». Особлива увага в документі приділяється зміцненню прав пацієнтів, зокрема шляхом сприяння активній участі громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я, збереження і посилення права пацієнта на вільний вибір лікаря, медичного закладу та страхування, стимулювання розширеного доступу до інформації для пацієнтів, зміцнення здатності пацієнта до прийняття рішень та відповідальності за них [200].

Питаннями формування національних систем охорони здоров'я переймаються і міжнародні організації. Їх роль полягає в можливості привернути увагу світової спільноти до важливих і невідкладних проблем у сфері охорони здоров'я, які вимагають політичних та правових рішень, надають науково-практичну інформацію та інші необхідні ресурси в рамках своєї компетенції для підготовки проєктів міжнародних договорів та подальшої їх реалізації, контролюють дотримання прийнятих державами зобов'язань, а також допомагають державам реалізовувати важливі проєкти і надають для цього наявні у своєму розпорядженні ресурси. Сьогодні з'являються все нові об'єднання лікарів із метою удосконалення системи охорони здоров'я. Такі об'єднання формують велику групу міжнародних організацій – професійних об'єднань. Значне місце в міжнародній спільноті лікарів посідає Міжнародна медична асоціація, створена у 1947 році. Вона сформувалася із 64 громадських організацій країн світу. Відповідно до позицій ММА, держави зобов'язані забезпечити законодавче регулювання, а за потреби також – структуру та організацію, які гарантуватимуть здоров'я та медичне обслуговування для усіх без дискримінації [201]. Серед більш вузькопрофільних організацій, які формують режими лікування захворювань на основі розробки рекомендацій та проєктів протоколів лікування, можна виділити: Міжнародну федерацію діабету (IDF), Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC), Міжнародне товариство з вивчення діабету у дітей і підлітків (ISPAD), Всесвітню асоціацію дій по захисту дитячого харчування (IBFAN), Європейську

раду ресусцитації (ERC), Американську психіатричну асоціацію (APA) та інші організації. Такі організації значною мірою формують режими лікування захворювань на основі розробки рекомендацій та проєктів протоколів лікування [202]. Окрім того, існує ряд міжнародних організацій, які працюють у системі охорони здоров'я на волонтерських благодійних засадах, серед них: Міжнародна федерація товариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця в Україні (МЧХ), Міжнародний Комітет Червоного Хреста (МКЧХ), Міжнародна організація з міграції (МОМ), Представництво дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ). Активно проводили свої програми в Україні міжнародні організації «Лікарі без кордонів» (MSF) та «Право на здоров'я» (HRI). Новою світовою гуманітарною організацією в сфері охорони здоров'я є Фонд Білла і Мелінди Гейтс, до якого було зроблено найбільше у світі пожертвування 37 млрд дол. [203]. Прогнози міжнародних організацій, їхні рекомендації, грантова діяльність, фінансування, а також безпосередня організація та участь у гуманітарних місіях і благодійних програмах в охороні здоров'я значно посилюють їхній вплив на систему охорони здоров'я не лише нашої країни, а й усього світу.

Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що до суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я належать: органи державної влади, зокрема виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які наділяються публічно-владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я. При цьому їх можна поділити залежно від виду компетенції на органи: загальної компетенції (КМУ, місцеві державні адміністрації); галузевої компетенції (МОЗ, НСЗУ); функціональної компетенції (Держклікслужба, Держпродспоживслужба, їхні територіальні органи); та спеціальної, тобто органи, які мають лише окремі (відомчі) повноваження у сфері охорони здоров'я (МВС, Міністерство оборони України). За територіальним принципом суб'єктів публічного адміністрування можна поділити на тих, чия компетенція поширюється на всю територію України, та на тих, чий повноваження поширюються на територію окремих територіальних одиниць. Остання група суб'єктів представлена органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування. Крім того, варто виокремити суб'єктів, які

виконують лише консультативно-дорадчі функції, та в окрему групу – міжнародні інституції. Зазначені суб'єкти не наділяються владними повноваженнями, попри те, їхня діяльність спрямована на удосконалення системи охорони здоров'я та забезпечення ефективного захисту права на охорону здоров'я в Україні.

2.3 Контроль у сфері охорони здоров'я.

Забезпечення законності в публічному адмініструванні у всіх його аспектах досягається через постійну діяльність різних органів публічної влади, а також громадян, що проявляється у виявленні та припиненні порушень нормативно-правових актів, застосуванні відповідних заходів для усунення причин й умов їх виникнення, притягненні до відповідальності винних осіб, а також у відновленні порушених прав та законних інтересів громадян.

Зважаючи на те, що здоров'я людей є найвищою цінністю для суспільства та держави, значна кількість нормативних актів у сфері охорони здоров'я спрямована на регулювання відносин з контролю і нагляду у цій сфері. Контрольні заходи, що покликані запобігти порушенням та зловживанням службовим становищем у сфері охорони здоров'я, можуть виявлятися не лише під час надання медичної допомоги пацієнтам, але й при проведенні непрозорих тендерних закупівель ліків, нецільовому використанні коштів, прийнятті національних та регіональних програм в інтересах зацікавлених груп, наприклад, фармацевтичних компаній тощо.

Великий тлумачний словник української мови дає декілька визначень терміна «контроль»: 1) перевірка відповідності контрольованого об'єкта встановленим вимогам; 2) перевірка, облік діяльності кого-, чого-небудь, нагляд за кимось, чимось; 3) установа чи організація, що здійснює нагляд за ким-, чим-небудь або перевіряє його; 4) збірне від слова «контролери». У науковій літературі цей термін розглядається в широкому розумінні як набір механізмів у соціальному просторі (наприклад, у різних соціальних угрупованнях та організаціях населення), які забезпечують його самоорганізацію та самозбереження, що досягається шляхом

встановлення і підтримання певного нормативного порядку та застосування відповідних моделей поведінки, які можуть включати моральні й культурні цінності певного соціуму, традиції, чинні правові норми тощо. У вузькому сенсі він тлумачиться як сукупність засобів і методів впливу суспільства на небажані форми девіантної поведінки з метою їх усунення або мінімізації [204, с. 221]. Контроль – важлива складова будь-якої системи управління, що гарантує якісне та ефективне її функціонування.

Дослідник В. М. Гаращук розглядає контроль як особливу функцію державного управління і зауважує, що контроль включає перевірку та спостереження для запобігання небажаним явищам, а також виявлення, відвернення та припинення протиправної поведінки. Категорія контролю, окрім перевірки чи нагляду з метою перевірки, охоплює ще один аспект – протидію чомусь небажаному [205, с. 17]. На думку В. Я. Малиновського, контроль являє собою процес забезпечення досягнення організацією своїх цілей і включає встановлення критеріїв, оцінку фактично досягнутих результатів, впровадження коректив у разі, якщо отримані результати значно відрізняються від заданих критеріїв. А. С. Крупник зазначає, що громадський контроль є важливим інструментом для оцінки діяльності органів влади та інших підзвітних суб'єктів у виконанні їхніх соціальних завдань. Такий контроль є невід'ємною частиною системи публічного адміністрування та незамінним елементом у розвитку суспільства в процесі становлення демократичної, соціальної та правової держави [206, с. 20].

Аналізуючи наукову літературу, можемо виокремити три підходи до розкриття сутності концепції контролю: контроль як функція управління; контроль як сукупність засобів регулювання поведінки окремої особи або організації загалом; контроль як механізм забезпечення досягнення організацією поставлених цілей шляхом усунення виявлених недоліків. Ми у своїй роботі будемо досліджувати контроль як специфічну діяльність, здійснювану уповноваженими суб'єктами і спрямовану на перевірку нормативних приписів у певній сфері та відповідне реагування на виявлені недоліки чи правопорушення [207, 57-58].

Ефективний контроль у сфері охорони здоров'я надзвичайно затребуваний, адже здоров'я є ключовою цінністю для суспільства та держави. Контроль виконується уповноваженими на те суб'єктами, головним завданням яких є перевірка дотримання правових норм у зазначеній сфері. Не долучаючись до дискусії стосовно різновидів контролю, для цілей дослідження залежно від суб'єктів здійснення контрольних заходів, зупинимось на державному та громадському контролі, визначимо коло суб'єктів, наділених контрольними повноваженнями у сфері охорони здоров'я за певними напрямками, та правові засади їх діяльності.

Конституцією України проголошено обов'язковість здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я з метою гарантування всім громадянам реалізації їх прав у зазначеній сфері. Основами законодавства у ст. 24 регламентовано, що державні органи, ЗОЗ зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. Тобто забезпечення законності в публічному адмініструванні за всіма його напрямками досягається в процесі повсякденної діяльності різних державних органів, а також громадян, і знаходить своє відображення в такому: у виявленні та припиненні порушень правових приписів; у застосуванні примусових заходів з метою усунення причин та умов, що сприяли порушенням в майбутньому; у покаранні осіб за допущену протиправну поведінку; у відновленні прав і законних інтересів громадян.

Так, на думку Ю. П. Битяка, державний контроль є важливим структурним елементом управління, який забезпечує системну перевірку виконання Конституції України, законів та інших нормативно-правових актів. Він також включає контроль за дотриманням дисципліни та правопорядку, що полягає у втручанні органів контролю в оперативну діяльність підконтрольних структур, що полягає в наданні обов'язкових для виконання вказівок, припиненні, зміні чи скасуванні актів управління, а також у застосуванні заходів примусу щодо підконтрольних органів [208, с. 247-248]. Ідея дослідниці Т. В. Маматової, яка пропонує трикомпонентне визначення поняття «державного контролю», є цілком переконливою. Вона

включає такі компоненти: по-перше, правову компоненту, яка передбачає втручання держави в діяльність організацій у випадках загрози безпеці людини, держави чи навколишнього середовища; по-друге, функціональну компоненту, що охоплює процес розробки коригувальних заходів через порівняння фактичного й заявленого стану об'єкта відповідно до визначених критеріїв; по-третє, інформаційну компоненту, яка спрямована на виявлення фактів або намірів, здатних створити загрозу безпеці людини, держави, навколишнього середовища [209, с. 23-26].

Державний контроль у сфері охорони здоров'я населення відповідно до ст. 22 Основ законодавства включає: контроль і нагляд за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій та протоколів надання реабілітаційної допомоги. Можна стверджувати, що саме в цій статті визначаються основні напрямки контрольної діяльності у сфері охорони здоров'я. Загальний аналіз Основ законодавства та чинних нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я дозволяє розширити перелік ключових об'єктів державного контролю у сфері охорони здоров'я та віднести до нього: 1) якість медичної допомоги; 2) санітарно-епідеміологічне благополуччя населення; 3) обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів; 4) якість лікарських засобів та їх безпека; 5) обіг лікарських засобів; 6) здоров'я дітей у дитячих виховних і навчальних закладах; 7) трудове і виробниче навчання та умови праці підлітків; 8) медичну допомогу в санаторно-курортних закладах; 9) надання психіатричної допомоги; 10) народну медицину (цілительство); 11) медичну практику та інші види господарської діяльності, що вимагають ліцензування. Наведемо коротку їх характеристику.

Згідно з чинним законодавством, держава гарантує належну якість медичного обслуговування для пацієнтів та визначає основні принципи програми

медичних гарантій, зокрема збереження та відновлення здоров'я через медичні послуги. Здійснення ефективного державного контролю за якістю медичної допомоги є одним із пріоритетів діяльності МОЗ і регламентується Порядком контролю якості медичної допомоги [210]. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства ЄС. Він включає такі складові: структуру, процес та результати медичної допомоги; організацію надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників ЗОЗ; вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

Крім того, державний контроль якості медичної допомоги забезпечується організацією клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування [211]. Відповідна комісія при МОЗ проводить клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги, що здійснюється шляхом експертизи первинних облікових документів, аналізу клінічних питань діагностики, лікування, реабілітації та профілактики, а також перевірки відповідної кваліфікації спеціалістів за напрямом надання медичної допомоги та медичного обслуговування відповідно до клінічних протоколів та нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Також здійснюється контроль і нагляд, що стосується медико-соціальної експертизи, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; діяльності ЗОЗ та наукових установ.

Наступним об'єктом державного контролю у сфері охорони здоров'я є санітарно-епідеміологічне благополуччя населення. Відповідно до ст. 6 Основ

законодавства громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає санітарно-епідеміологічне благополуччя територій і населеного пункту, де він проживає. Санітарно-епідеміологічне благополуччя населених пунктів, згідно зі ст. 27 Основ законодавства, включає суворе дотримання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних правил і норм, та забезпечується комплексом відповідних заходів та організацією державного санітарного нагляду. На сьогодні спеціальним законом у цій сфері є Закон України «Про систему громадського здоров'я». Прийняття зазначеного закону спрямовано на оновлення розбалансованої національної системи охорони здоров'я, інтеграцію її в європейську мережу та виконання взятих Україною зобов'язань щодо запобігання розвитку хвороб і контролю над ними, передбачених Угодою про асоціацію. Це, своєю чергою, повністю змінило систему органів, на які покладалися контрольні повноваження у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Зараз забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення являє собою частину системи громадського здоров'я і функціонально здійснюється державними органами різної галузевої спрямованості.

Відповідно до постанови КМУ «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби» Державна санітарно-епідеміологічна служба ліквідована [212], а здійснення державного нагляду (контролю) за дотриманням санітарного законодавства, санітарного та епідеміологічного благополуччя населення (крім виконання функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників) покладено на Держпродспоживслужбу.

Державний нагляд (контроль) у сфері гігієни праці, у тому числі нагляд (контроль) за дотриманням вимог санітарних норм та правил, своєчасним здійсненням профілактичних заходів, спрямованих на попередження шкідливої дії факторів виробничого середовища і трудового процесу, збереження здоров'я працівників, здійснюється Державною службою України з питань праці [213].

Проведення оцінки ризиків для здоров'я та санітарно-епідеміологічного

благополуччя для населення регіону, проведення за результатами такої оцінки відповідних профілактичних, обстежувальних, консультаційних та інших заходів, надання рекомендацій щодо усунення ризиків у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя населення покладається на мережу центрів контролю та профілактики хвороб. Крім того, Закон України «Про систему громадського здоров'я» передбачає створення органів державного нагляду (контролю) за дотриманням вимог санітарного законодавства у відповідній сфері.

Наступний об'єкт державного контролю у сфері охорони здоров'я – це обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Держава має забезпечити, з одного боку, доступність наркотичних засобів для медичних і наукових цілей, а з іншого – дієвість і системність боротьби із наркобізнесом та контрабандою. Відповідно до ч. 1 ст. 31 Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори» контроль за виконанням цього Закону Держлікслужбою, органами Національної поліції, митними органами, центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, іншими органами виконавчої влади в межах їх повноважень, визначених законом [214]. Крім того, Держлікслужба здійснює контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами; за ввезенням на митну територію України лікарських засобів; складає протоколи про адміністративні правопорушення та розглядає справи про адміністративні правопорушення в передбачених законом випадках; надає обов'язкові для виконання приписи про усунення порушень стандартів і технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів, а також про усунення порушень під час виробництва, зберігання, транспортування та реалізації лікарських засобів; приймає в установленому порядку рішення про вилучення з обігу та заборону (зупинення) виробництва, реалізації та застосування лікарських засобів і медичних виробів, що не відповідають вимогам, визначеним нормативно-правовими актами, а також тих, що ввозяться на територію України та вивозяться

з території України з порушенням установленого законодавством порядку.

Питання якості лікарських засобів та імунологічних препаратів регламентовані Державною фармакопеею України, що містить загальні вимоги до ліків, фармакопейної статті, а також методики контролю їх якості. Спеціальним органом державного контролю якості лікарських засобів та імунологічних препаратів є Держлікслужба, її територіальні органи в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі. Проведений ученими Р. В. Миронюком та О. А. Моргуновим аналіз перевірок Держлікслужби та застосованих нею примусових заходів припинення й адміністративної відповідальності підтверджує важливість контролю за якістю лікарських препаратів [215, с. 341].

Відповідно до Порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, для здійснення державного контролю лікарських засобів посадові особи зазначених органів виконують такі заходи: перевіряють супровідні документи до серій лікарських засобів, проводять вибірковий візуальний контроль відповідності цих засобів вимогам специфікації якості та відбирають зразки лікарських засобів у випадках, передбачених Порядком відбору зразків лікарських засобів для лабораторного аналізу під час здійснення державного контролю якості таких засобів [216]. Крім того, Держлікслужба надає обов'язкові для виконання приписи про усунення порушень стандартів і технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів, а також про усунення порушень під час виробництва, зберігання, транспортування та реалізації лікарських засобів; приймає в установленому порядку рішення про вилучення з обігу та заборону (зупинення) виробництва, реалізації та застосування лікарських засобів і медичних виробів, що не відповідають вимогам, визначеним нормативно-правовими актами, а також тих, що ввозяться на територію України та вивозяться з території України з порушенням установленого законодавством порядку. У науковій літературі зауважено, що Держлікслужба наділяється повноваженнями щодо застосування низки заходів припинення, які варто систематизувати: 1) за характером правового впливу: особистісні (такі, що застосовуються до медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності), організаційні та майнові; 2)

залежно від мети: самостійні та допоміжні; 3) залежно до якого суб'єкта застосовуються; 4) залежно від форми процесуального вираження; 5) залежно від часового проміжку (разові або тривалої дії) [217, с. 78]. Зазначені заходи спрямовані на усунення загроз національним інтересам в частині безпеки життєдіяльності і добробуту громадян України, а також у сфері охорони здоров'я, захисту життя і здоров'я населення, та реалізація заходів, спрямованих на притягнення винних осіб до юридичної відповідальності.

Враховуючи, що обіг лікарських засобів включає діяльність, пов'язану з виробництвом, зберіганням, транспортуванням, пересиланням, оптовою та роздрібною торгівлею, придбанням, використанням, ввезенням в Україну і вивезенням з України, а також застосуванням лікарських засобів, можна виокремити декілька видів контролю: а) державний контроль при ввезенні лікарських засобів в Україну; б) вхідний контроль якості; в) державний контроль лікарських засобів, який здійснює Держлікслужба на всіх етапах їх обігу.

Контроль за охороною здоров'я дітей та проведенням оздоровчих заходів у навчальних закладах усіх типів та форм власності забезпечується органами охорони здоров'я спільно з органами управління освітою та самими навчальними закладами. Цей процес здійснюється у тісній співпраці з освітніми установами, що їм підпорядковані.

Контрольні заходи щодо дотримання права на охорону здоров'я дітей та підлітків включають спостереження за їх виробничим навчанням під систематичним медичним наглядом. Органи і заклади охорони здоров'я разом із власниками підприємств, установ, організацій, а також органами управління освітою та громадськими організаціями контролюють умови праці підлітків і проводять спеціальні заходи для попередження захворювань серед підлітків.

Відповідно до ст. 67 Основ законодавства, державний контроль за наданням медичної допомоги в санаторно-курортних закладах здійснює центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, який має право у встановленому законодавчими актами порядку зупиняти діяльність цих закладів через порушення законодавства про охорону здоров'я або законних прав

та інтересів громадян.

Заходів державного контролю потребує також надання психіатричної допомоги. Відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу», центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, здійснює державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності. Відповідно до ст. 30 зазначеного Закону, місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень здійснюють контроль за діяльністю закладів з надання психіатричної допомоги усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, а також контроль за виконанням своїх обов'язків законними представниками [218].

Державний нагляд (контроль) за виконанням фізичними особами – підприємцями – умов заняття народною медициною (цілительством) провадиться центральними органами виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я шляхом проведення планових або позапланових перевірок відповідно до Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» [219].

Окремими контрольними повноваженнями у сфері охорони здоров'я наділяються й органи місцевого самоврядування. Розглядатимемо їх контрольні повноваження як частину державного контролю, адже саме держава наділяє їх такими повноваженнями щодо здійснення відповідно до законодавства контролю за належною експлуатацією та організацією обслуговування населення підприємствами житлово-комунального господарства, торгівлі та громадського харчування, побутового обслуговування, транспорту, зв'язку, за технічним станом, використанням та утриманням інших об'єктів нерухомого майна усіх форм власності, за належними, безпечними і здоровими умовами праці на цих підприємствах і об'єктах; прийняття рішень про припинення дії наданого ними дозволу на експлуатацію об'єктів у разі порушення нормативно-правових актів з охорони праці, екологічних, санітарних правил, інших вимог законодавства (п.2 п. б ст. 30 Закону України «Про місцеве самоврядування»).

Господарська діяльність з медичної практики підлягає ліцензуванню, тому окремі контрольні повноваження МОЗ стосуються додержанням ліцензіатами вимог ліцензійних умов з медичної практики, а також банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ.

Таким чином, державний контроль у сфері охорони здоров'я – це діяльність органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, врегульована нормами законодавства про охорону здоров'я, державними та міжнародними стандартами, спрямована на перевірку дотримання вимог чинного законодавства з метою забезпечення якісної, висококваліфікованої та своєчасної медичної допомоги, зокрема психіатричної допомоги; санітарно-епідеміологічного благополуччя населення; безпечних умов праці працівників, зокрема підлітків; якості, безпеки, обігу лікарських засобів; обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; дотримання ліцензійних умов медичної практики, а також банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Головним органом, що має контрольні повноваження щодо більшості об'єктів системи охорони здоров'я, є МОЗ. Крім того, контроль у сфері охорони здоров'я здійснюється Держлікслужбою, Держпродспоживслужбою, правоохоронними та митними органами, органами місцевого самоврядування, органами управління освітою, закладами освіти.

Варто також зауважити, що у 2021 році на розгляд Верховної Ради України було подано законопроект №5400 «Про уповноваженого з медичних питань». Передбачалося, що на медичного омбудсмена покладатимуться функції контролю з реалізацією: права на охорону здоров'я; прав пацієнтів і медичних працівників та посередництво в конфлікті між пацієнтом та об'єктом державного контролю. Але з 2021 року питання про запровадження посади медичного омбудсмена більше не порушувалося. Посада Уповноваженого з медичних питань існує майже в понад 100 країнах світу, а ідея запровадження саме медичного омбудсмена вперше виникла у Великобританії, де зазначений інститут діє і сьогодні. Досить ефективно

функціонують медичні омбудсмени і в США, зокрема, у Південній Кароліні. Крім того, триває розробка законів про медичного омбудсмена у Флориді, Массачусетсі, Пенсильванії, Вашингтоні [220]. Тому створення такого незалежного органу в Україні надало б можливість здійснювати належну реалізацію державного контролю за додержанням законодавства про охорону здоров'я, захист прав пацієнтів та медичних працівників, державних стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій та протоколів надання медичної й реабілітаційної допомоги в Україні.

Додаткові контрольні заходи у сфері охорони здоров'я реалізуються через громадський контроль, який забезпечує стабільність і прозорість правовідносин між державними органами та суспільством. Навіть був розроблений проєкт Закону України від 14.04.2014 №4697 «Про громадський контроль», який визначав форми контролю: нагляд, перевірка, оцінка діяльності об'єктів громадського контролю на предмет її відповідності вимогам, встановленим законодавством України та суспільним інтересам [221], проте так і не був прийнятий.

Громадський контроль – це форма соціального контролю, яку здійснюють як громадські об'єднання, так і окремі громадяни. Він є важливим засобом реалізації демократії та ефективним способом залучення широких верств населення до процесів управління. У науковій літературі звертається увага на значення заходів громадського контролю не лише для сфери публічного адміністрування, але й діяльності судів, правоохоронних органів [222; 223]. Попри те, не склалося єдиного підходу як до розуміння сутності громадського контролю, так і до його форм.

Детальний аналіз громадського контролю як інституту громадського суспільства був проведений у дисертаційному дослідженні Т. В. Наливайко, яка дала визначення громадського контролю як одного із видів соціального контролю, який реалізується громадськими об'єднаннями та безпосередньо самими громадянами. Авторка зазначила, що цей вид контролю є важливим інструментом втілення народовладдя та залучення населення до управлінських функцій. У демократичному суспільстві функціонування інституту громадського контролю розглядається як цілеспрямований та дієвий вплив соціальних суб'єктів на

поведінку агентів соціальної взаємодії [224, с. 3]. О. В. Савченко розглядає громадський контроль як активний нагляд з боку представників громадськості, таких як громадяни та їх об'єднання, що передбачає використання правових, організаційних, інформаційних та інших засобів (приміром перевірка, порівняння, оцінка) для забезпечення неухильного дотримання законності та реалізації прав і свобод населення [225, с. 78].

Т. Г. Семигіна, аналізуючи чинне законодавство та міжнародний досвід, виокремлює такі форми громадського контролю: 1) звернення громадян, що забезпечує зворотній зв'язок державним і недержавним інституціям щодо виконання чи невиконання ними або підвідомчими організаціями їх соціальних функцій, з вимогою вжити відповідних заходів; 2) громадська експертиза, яка проводиться незалежною групою фахівців (експертною радою) на підставі офіційно затвердженого положення; 3) громадські слухання з питань важливого суспільного значення стосовно дій чи намірів державних органів влади та місцевого самоврядування; 4) моніторинг діяльності та контрольні перевірки на об'єктах громадського контролю [226, с. 31-32]. На думку О. Ю. Полтаракова, громадський контроль – система взаємодії між громадянським суспільством та державою. Система базується на підзвітності органів державної виконавчої влади перед законодавчими органами (тобто парламентському контролю) і недержавними структурами, такими як «третій сектор» та засоби масової інформації [227]. Таким чином, до основних функцій громадського контролю можемо віднести: залучення уваги органів влади і громадськості до важливих проблем та стимулювання їх вирішення; запобігання зловживанням у службовій та законодавчій сферах; контроль за дотриманням прав людини; покращення якості надання послуг та роботи в цілому тощо.

Основами законодавства ст. 24 визначено, що державні органи та ЗОЗ зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. Серед проявів громадського контролю у сфері охорони здоров'я можна виділити такі: діяльність наглядових та опікунських рад при ЗОЗ та організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я, та інші

громадські об'єднання, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, іноземні неурядові організації.

У державних та комунальних ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу і з якими головним розпорядником бюджетних коштів укладено договори про медичне обслуговування населення, за рішенням власника закладу (або уповноваженого ним органу) створюються наглядові ради. До складу рад входять представники громадськості, за їх згодою, які займаються питаннями дотримання прав та безпеки пацієнтів, вимог законодавства під час медичного обслуговування населення, а також фінансово-господарської діяльності ЗОЗ. До контролюючих повноважень наглядових рад входять: створення підрозділу внутрішнього аудиту ЗОЗ, який здійснює перевірку, оцінку та моніторинг систем бухгалтерського обліку та внутрішнього контролю закладу; затвердження порядку проведення внутрішнього аудиту та надання власнику закладу звітів про його результати. Ще одним із завдань наглядової ради є контроль за дотриманням норм етики та деонтології, вимог законодавства і прав пацієнтів під час надання медичних послуг. Важливим аспектом роботи ради також є забезпечення своєчасного, достовірного і повного розкриття інформації, яку має оприлюднювати ЗОЗ відповідно до закону. Крім того, організація контролю за дотриманням прав працівників і забезпечення належного розгляду їх скарг на порушення прав також входять у компетенцію наглядових рад [228]. Рішення наглядової ради є обов'язковими для виконання ЗОЗ.

Для реалізації державних цільових і місцевих програм у сфері охорони здоров'я, проведення відповідних заходів, а також вирішення кадрових, наукових та інших питань державної політики можуть долучатися організації, що займаються професійним самоврядуванням у сфері охорони здоров'я, та інші громадські об'єднання, діяльність яких спрямована на захист прав у цій сфері. У 2023 році було розроблено проєкт Закону «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні» № 10372, яким передбачено, що організації професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій мають право виступати з пропозиціями внесення змін до законів й інших нормативно-правових актів щодо

формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; брати участь у розвитку сфери охорони здоров'я; ініціювати необхідні зміни на основі доказових даних і кращого досвіду [229]. Долучення до реформування та оптимізації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я працівників, які безпосередньо надають медичну допомогу, вважаємо досить доречною ініціативою.

Варто зауважити, що згідно ст. 13 Закону України «Про місцеве самоврядування», територіальна громада має право проводити громадські слухання. На таких слуханнях члени громади можуть висловлювати свої думки, порушувати питання та пропонувати ідеї стосовно питань місцевого значення перед депутатами відповідної ради та посадовими особами. Метою проведення громадських слухань є: 1) вплив на формування громадської думки з обговорюваних питань; 2) забезпечення права громадян на участь в обговоренні та прийнятті рішень; 3) здійснення контролю над прийняттям та реалізацією рішень, зокрема щодо встановлення публічних сервітів; 4) з'ясування думки населення з відповідних питань; 5) обговорення та з'ясування думки населення стосовно проєктів нормативно-правових актів. Порядок організації громадських слухань визначається Статутом територіальної громади. Усі пропозиції, що були надані громадянами, обов'язково повинні бути розглянуті. Отже, громадські слухання як форма громадського контролю забезпечують ефективний діалог між громадськістю та органами державної влади та ЗОЗ України, що сприяє прозорості й відкритості діяльності об'єктів громадського контролю для населення.

Необхідно зазначити, що на сьогодні відсутнє нормативно-правове регулювання участі громадян в управлінні державними справами у сфері охорони здоров'я. Також не визначено форм та процедур громадського контролю і вимог, яких повинні дотримуватись суб'єкти публічної влади та громадськість, і це потребує подальшого вивчення та регламентації.

Отже, громадський контроль передбачає діяльність громадськості, спрямовану на забезпечення законності та прозорості в роботі державних органів, органів місцевого самоврядування і системи охорони здоров'я в цілому, що полягає

у виконанні завдань, пов'язаних із захистом законних прав та інтересів особи, а також її фундаментальних свобод і поваги до них. Законодавчо визначеними формами громадського контролю є наглядові ради, опікунські ради, професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я та громадські слухання з питань охорони здоров'я.

Провівши порівняльний аналіз державного та громадського контролю, можемо визначити певні відмінності. Так, заходам громадського контролю не притаманний владний та обов'язковий характер, приміром наглядова, опікунська рада чи професійне самоврядування створюється виключно за рішенням керівника чи власника ЗОЗ. Суб'єктами громадського контролю не можуть бути представники органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Також відсутня чітка регламентація їх діяльності.

2.4 Цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Сучасні інформаційні та комунікаційні технології значно трансформують суспільні відносини, що сприяє формуванню нового інформаційного, а нині й цифрового суспільства. Завдяки цьому скорочуються відстані, посилюється глобалізація й відкриваються безпрецедентні можливості для розвитку регіонів.

Однією із головних умов успішного реформування державних інституцій та публічної влади в умовах цифрової трансформації є впровадження електронного урядування, що набуває цифрової форми. Його головна мета – покращення взаємодії органів влади з громадянами, підприємствами та іншими установами, а також зменшення часових і фінансових витрат [230, с. 140]. Електронне урядування – це форма організації державного управління, що сприяє підвищенню ефективності, відкритості та прозорості діяльності державних і місцевих органів влади та досягається шляхом застосування інформаційно-телекомунікаційних технологій для формування нового типу держави, яка орієнтована на задоволення потреб громадян [231]. Впровадження електронного урядування в різні сфери публічного адміністрування здебільшого забезпечується завдяки інформаційно-

комунікаційним технологіям, зокрема через цифровізацію (діджиталізацію).

Діджиталізація (цифровізація) – це усвідомлений процес ґрунтового перетворення різних процесів за допомогою цифрових технологій. Термін «діджиталізація» набув популярності в українському мовленні з 2019 року й навіть став словом року. Словник сучасної української мови та сленгу «Мислово» визначає цей неологізм як транслітерацію англійського слова «digitalization», що означає зміни в усіх сферах суспільного життя, пов'язані з використанням цифрових технологій. Поняття «діджиталізація» є спрощеною формою терміна «цифрова трансформація» і за змістом є проявом глобальної цифрової революції [232]. Таким чином, «діджиталізація» та «цифровізація» вважаються синонімами, використовуються для опису процесу впровадження інформаційно-комунікаційних технологій в усі сфери суспільного життя й спрямовані на опис процесів, пов'язаних з переведенням різноманітної інформації в цифровий формат.

Важко переоцінити значення цифровізації для розвитку суспільних відносин, особливо публічного адміністрування, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Цифровізація в будь-якому разі сприяє прозорості влади, допомагає боротися із корупцією й забезпечує рівні можливості для всіх громадян: як для мешканців міст, так і для жителів віддалених сіл. Варто зазначити, що цифрова трансформація не лише прискорює інтеграцію України з Європою та світом, а й сприяє адаптації національних стандартів до європейських. Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи з електронного урядування наголошують на численних перевагах цифровізації у сфері надання електронних послуг, серед яких поліпшення загальнодоступності, а також на повнота та зручність користування публічними послугами, орієнтація цих послуг на потреби користувачів, забезпечення рівноправного доступу громадян до участі в ухваленні владних рішень, що сприяє соціальній згуртованості населення [233].

Значення цифрової трансформації в будь-яких сферах проявляється в таких аспектах: 1) демократизація публічного адміністрування, що передбачає рівні можливості громадян у прийнятті публічно-владних рішень; 2) гарантування відкритості та прозорості в діяльності суб'єктів публічної влади; 3) зниження

корупційних ризиків, що проявляється в можливості уникнення безпосереднього контакту з державними службовцями, та автоматизація прийняття окремих адміністративних рішень.

У сучасних реаліях цифровізація є однією з ключових тенденцій розвитку європейської цивілізації, що вдосконалює механізми публічного адміністрування та розширює доступ до державних послуг, зокрема й у сфері охорони здоров'я. У 2015 році Європейська комісія затвердила Стратегію єдиного цифрового ринку ЄС, визначивши три головні цілі: по-перше, поліпшення доступу до цифрових товарів та послуг шляхом забезпечення кращого доступу споживачів і бізнесу до онлайн-продуктів і сервісів по всій Європі; по-друге, створення відповідних умов для цифрових мереж і послуг через надання високошвидкісних, безпечних і надійних інфраструктур, підтримуваних відповідними нормативно-правовими актами; по-третє, максимізація потенціалу зростання європейської цифрової економіки, щоб кожен громадянин міг повноцінно отримувати її переваги, зокрема шляхом підвищення цифрових навичок для інклюзивного цифрового суспільства [234].

Одним із прикладів сучасної цифровізації у сфері охорони здоров'я серед країн ЄС є Данія, яка має одну з найрозвиненіших систем електронної охорони здоров'я. Центральною частиною данської системи є універсальний реєстр-портал Sundhed.dk, який містить усю необхідну інформацію для роботи лікарів та користування пацієнтів. Ця платформа постійно оновлюється та вдосконалюється, щоб розширити функціональні можливості для лікарів та користувачів [235, с. 121]. У Великобританії пацієнтів також реєструють в електронній системі охорони здоров'я, яка надає доступ до медичних даних будь-яким спеціалістам у межах системи. Пріоритетом британської системи охорони здоров'я є розширення телемедицини [236]. У 2004 році Франція ухвалила законодавство для впровадження «Дос'є Медичного персоналу». Після ретельного аналізу проблем охорони здоров'я у 2008 році було створено новий Компетентний орган з питань електронного здоров'я – Агентство спільних інформаційних систем охорони здоров'я. Ці установи спрямовані на створення загальної інформаційної інфраструктури охорони здоров'я відповідно до медичних, технічних та правових

вимог, а також заохочення до її використання. Вони також займаються розробкою та просуванням внутрішніх та міжнародних керівних принципів, зокрема в галузі інформаційної безпеки, і впровадження спільних ІТ-систем у сфері охорони здоров'я [237, с. 191].

У Федеративній Республіці Німеччині Федеральне міністерство охорони здоров'я визнало потенціал цифровізації й створило основу для її широкого застосування в медичній сфері. Серед основних переваг можна визначити такі: запровадження електронної картки пацієнта (ePA), електронного рецепта (eRezept), нових цифрових медичних програм (DiGA або «Додаток за рецептом»), просування телемедицини та створення дослідницького центру обробки даних. Окрім Німеччини, є ще й інші країни, які впровадили єдину систему електронних медичних карт (EHR), це Естонія, Австрія, Франція, Ізраїль, Японія, Сінгапур, Фінляндія, Словаччина, Іспанія, Швеція та Польща. У Сполученому Королівстві Великої Британії та Північної Ірландії система EHR частково функціонує в державних ЗОЗ. Зазначені системи складаються з компонентів, що забезпечують захист даних, доступ до інформації для лікарів, а також розробку уніфікованої термінології та стандартів.

Останніми роками цифрова трансформація в Україні стала пріоритетом державної політики в будь-яких сферах економічного чи соціально-культурного розвитку. Згідно з розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції розвитку цифрової економіки та суспільства на 2018-2020 роки», цифровізація визначена як насичення фізичного світу електронно-цифровими пристроями, засобами, системами та налагодження електронно-комунікаційного обміну між ними, що фактично уможлиблює інтегральну взаємодію віртуального та фізичного, тобто створює кіберфізичний простір. Концепція є деталізованим документом, що окреслює основні цілі цифрового розвитку держави, принципи цифровізації та напрями розвитку, а також гармонізації національної діджиталізації з європейськими цифровими ініціативами, цифровим порядком денним для Європи та єдиним цифровим простором. Окрім цього, вона описує план заходів щодо реалізації цих ініціатив [238]. Для забезпечення реалізації державної політики у

сферах цифровізації, цифрового розвитку, цифрових інновацій та розвитку інформаційного суспільства було створено Міністерство цифрової трансформації України [239].

На сьогодні запровадження та розвиток цифровізації у сфері охорони здоров'я України регулюється значною кількістю нормативно-правових актів, серед яких можна виокремити три групи.

Першу групу становлять акти, які стосуються загальних питань сфери публічного адміністрування та визначають основні напрямки розвитку в напрямку впровадження цифрових технологій, серед яких можемо визначити затвердженні Розпорядженням КМУ Стратегії та Концепції: «Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні», «Стратегія реформування державного управління України на 2022-2025 роки», «Про схвалення Концепції розвитку електронного урядування в Україні», «Про схвалення Концепції розвитку цифрової економіки та суспільства України на 2018-2020 роки та затвердження плану заходів щодо її реалізації» та Указ Президента України «Про стратегію сталого розвитку „Україна – 2020”».

До другої групи належать законодавчі акти, такі як Закони України «Про Національну програму інформатизації», «Про захист інформації в інформаційно-комунікаційних системах», «Про державну підтримку розвитку індустрії програмної продукції», «Про електронні комунікації», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України», «Про стимулювання розвитку цифрової економіки в Україні», «Про публічні електронні реєстри» тощо. Такі акти містять загальні положення щодо інтеграції цифрових технологій у публічне адміністрування.

Третя група актів стосується цифровізації сфери охорони здоров'я як окремого напрямку діяльності публічної адміністрації, до якої належать: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я».

Одним із головних кроків всеохопної цифровізації на державному рівні стала розробка у 2016 році концептуальних засад, висвітлених у спільному проєкті «Цифрова адженда України – 2020». Цей проєкт був ініційований Міністерством економічного розвитку та торгівлі України, а до його розробки залучили представників державних органів влади, провідних компаній у сфері використання цифрових технологій, громадських організацій, асоціацій, консалтингових груп, науковців, незалежних експертів та інших учасників. Одним із елементів загальної цифрової трансформації є цифровізація системи охорони здоров'я, зокрема використання інформаційно-комунікаційних технологій у медичній сфері. У проєкті визначено основні етапи цифровізації у сфері охорони здоров'я, які передбачають створення та затвердження національних стандартів цифрової медицини та впровадження Computerized Medical Record. Зазначена система передбачає послідовне оцифрування медичних даних, а також впровадження архівних та резервних функцій. Раніше про Computerized Medical Record не згадувалося, але тепер передбачається, що лікарі будуть вести медичні карти пацієнтів в електронній формі, до яких будуть підв'язані в тому числі оцифровані архівні медичні картки і, відповідно, у дублюванні на паперових носіях не буде потреби. Кожен лікар зможе отримати доступ до цієї системи зі свого терміналу та вносити необхідні дані. Отже, запровадження Computerized Medical Record забезпечить ефективний обмін медичною інформацією між лікарями стосовно пацієнта та спростить роботу лікаря, оскільки не потребуватиме паперового дублювання [240].

Кожна держава розробляє власну електронну охорону здоров'я (eHealth), яку наповнює відповідними складовими. eHealth розуміється як система взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх суб'єктів сфери охорони здоров'я, які базуються на використанні методів, заходів та технологій із застосуванням цифрового середовища, у тому числі інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку сфери охорони здоров'я, включно з медичними послугами, профілактичним наглядом за здоров'ям населення та його зміцненням, покращенням якості та збільшенням тривалості життя населення, медичною

літературою та освітою у сфері охорони здоров'я, знаннями та дослідженнями, використанням цифрових сервісів з метою отримання необхідної інформації, знань і навичок для надання медичної та/або реабілітаційної допомоги, виконанням оперативних функцій системи громадського здоров'я [241]. Забезпечення функціоналу eHealth багато в чому залежить від ефективності та дієвості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

11 червня 2020 року відбулася щорічна конференція Digital Transformation Conference-2020, зосереджена на сучасних інструментах, сервісах та підходах, що сприятимуть цифровій трансформації у сфері охорони здоров'я. На заході було виокремлено три ключові завдання у сфері ЕСОЗ: 1) нормативно-правова база; 2) інфраструктура; 3) кадри.

Діджиталізація на національному рівні не можлива без загальної та уніфікованої системи «eHealth», а також удосконаленої нормативно-правової бази. Важливо забезпечити технічні можливості для ЗОЗ, гарантувати захист персональних даних як пацієнтів, так і лікарів, зберігати їх окремо від медичних даних, а також забезпечити ЗОЗ комп'ютерною технікою. Необхідно підготувати фахівців, які супроводжуватимуть та навчатимуть eHealth, співпрацюватимуть з експертами й ІТ-компаніями для технічного супроводу й набуття необхідних цифрових компетенцій. Концептуальна модель ЕСОЗ орієнтована на індивіда і передбачає, що кожна особа матиме доступ до особистої медичної інформації, а також інформації про ЗОЗ, лікаря, а також до спільнот з певними захворюваннями. Це дозволить ефективно управляти своїм здоров'ям, відстежувати призначення лікаря, отримувати дистанційну підтримку лікаря-консультанта, а також інформацію про профілактичні заходи для себе та для своєї родини. Користувачі матимуть доступ до детальної інформації про свій стан здоров'я, включно з планом лікування, даними про медикаментозне лікування і медичні записи. Вони стануть активними учасниками медичного процесу за рахунок використання дистанційних моніторингових пристроїв, фіксації симптомів в електронному вигляді і взаємодії з лікарем або командою управління захворюваннями. Крім того, у користувачів буде доступ до інформації про виписані рецепти та отримані ліки, направлення на

дослідження та їх результати, а також можливість записатися на прийом онлайн [242].

Серед головних компонентів eHealth слід виокремити ЕСОЗ, що представляє собою інформаційно-комунікаційну систему, яка забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними й документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API) [241].

ЕСОЗ складається з Центральної бази даних, яка містить визначені законодавством реєстри, програмні модулі та інформаційну систему НСЗУ, необхідні для реалізації державних фінансових гарантій, та забезпечує можливість створення перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами, а також з Електронної медичної інформаційної системи, яка автоматизує роботу суб'єктів у сфері охорони здоров'я, дозволяє створювати, переглядати та обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з ЦБД [243].

Іншими складовими eHealth є:

1) eКров – інформаційно-комунікаційна система, що використовується для обробки даних з метою забезпечення виконання функцій, пов'язаних з донорством крові та компонентів крові [244];

2) e-Stock – інформаційно-комунікаційна система, яка включає сукупність технічних і програмних засобів, призначених для забезпечення відстеження прозорості кількісної оцінки, планування потреб у товарах, що закуповуються за рахунок бюджетних коштів та/або з інших джерел, не заборонених законодавством, розподілу, перерозподілу та обліку таких товарів, підтримання в актуальному стані відомостей про наявні залишки таких товарів для відповідних суб'єктів [245];

3) MedData – інформаційно-аналітична система, яка дає змогу проводити комплексний аналіз даних щодо стану закупівель і моніторингу даних щодо забезпеченості адміністративно-територіальних одиниць товарами та послугами, закупленими за рахунок бюджетних коштів та/або з інших, не заборонених законодавством джерел фінансування, а також лікарськими засобами, медичними виробами, засобами індивідуального захисту та іншими товарами, необхідними для належного забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану, що надійшли як гуманітарна та/або благодійна допомога (далі – товари медичної допомоги) [246];

4) електронна система забезпечення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я – державна інформаційно-комунікаційна система, що включає інформаційні технології, технічні і програмні засоби для обробки даних та іншої інформації щодо БПР працівників сфери охорони здоров'я [247; 248];

5) Єдина державна інформаційна система трансплантації органів та тканин, за допомогою якої визначаються пари 'донор-реципієнт', ефективно та оперативне (у режимі реального часу) забезпечення учасників національної системи органної трансплантації інформацією щодо потенційних донорів анатомічних матеріалів людини, наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів, осіб, які потребують медичної допомоги із застосуванням трансплантації, осіб, які потребують медичного нагляду у зв'язку з перенесенням трансплантації, а також іншою інформацією, необхідною для належного функціонування в Україні системи трансплантації [249];

6) інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб» – комплекс засобів, що дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання, що здійснюють профілактику, діагностику та лікування СЗХ, реєстрацію та облік пацієнтів із СЗХ [250];

7) електронна система епідеміологічного нагляду, яка забезпечує облік, звітність та епідеміологічний нагляд (спостереження) за інфекційними хворобами [251].

На окрему увагу заслуговує телемедицина як невід’ємна частина цілісної eHealth та цифрової трансформації України, яка, на нашу думку, має пріоритетне значення для незахищених верств населення (осіб похилого віку, інвалідів, людей із важкими хронічними захворюваннями, зокрема із проблемами ментального здоров’я, сільських жителів та мешканців тимчасово окупованих і нещодавно деокупованих територій внаслідок воєнної агресії, де відстань інколи є критичним чинником), які зможуть отримати якісну та своєчасну медичну допомогу. Пацієнти можуть отримувати онлайн-консультації, електронні рецепти та електронні направлення, використовуючи різні засоби зв’язку, серед яких телефонні дзвінки, месенджери, чат-боти, дзвінки в Zoom.

Термін «телемедицина» вперше з’явився в українському законодавстві в Законі України «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки». У зазначеному Законі звернута увагу на необхідність створення Інформаційного кодексу України, який би регулював і питання, пов’язані з ЕСОЗ, зокрема й телемедицини [252]. Варто зазначити, що розпорядженням КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров’я» також визначено розвиток системи підтримки клінічних рішень, серед яких одне з провідних місць посідає телемедицина [253].

Телемедицина являє собою сукупність дій, технологій та засобів, що використовуються для надання медичної допомоги за допомогою дистанційного зв’язку у вигляді обміну електронними повідомленнями. Медична допомога із застосуванням телемедицини проводиться у кабінетах телемедицини, що функціонують у ЗОЗ та забезпечують надання пацієнтам якісних і своєчасних медичних послуг. Окрім того, наказом МОЗ «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров’я» регламентовано форми первинної медичної документації: Форма № 001/тм «Запит на телемедичне консультування»; Форма №002/тм «Висновок консультанта»; Форма № 003/тм «Журнал обліку телемедичних консультацій» [254].

Основними завданнями телемедицини є: забезпечення надання медичної

допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання; збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищенню якості допомоги й оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я і формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я.

Телемедичні технології повинні стати ефективними інструментами для забезпечення доступу до медичної допомоги, відновлення здоров'я, реабілітації, профілактики, комунікації, а також науки та освіти, розширити можливості отримання медичних послуг за межами України.

Загальні питання надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини регламентовані ст. 35⁶ Основ законодавства, відповідно до якої медична та/або реабілітаційна допомога із застосуванням телемедицини передбачає можливість надання пацієнту медичних послуг методами й засобами телемедицини з використанням інформаційної, електронної комунікаційної та програмно-апаратної інфраструктури, засоби якої забезпечують взаємодію пацієнта з медичними працівниками та/або фахівцями з реабілітації.

Надання медичної допомоги із використанням телемедицини здійснюється шляхом телеконсультування (телевідеоконсультування), теледіагностики разом з обстеженням, телереабілітації, телеметрії та із застосуванням інших методів, що не суперечать законодавству, шляхом обміну персональними даними, медичною інформацією, медичними діагностичними даними в електронній формі між медичним працівником та/або фахівцем з реабілітації і пацієнтом або між медичними працівниками та/або фахівцями з реабілітації. Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини регламентовано наказом МОЗ від 17.09.2022 року № 1695 «Порядок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях» [255].

Загалом телемедичне консультування виступає ключовим елементом телемедицини, що забезпечує своєчасну та адекватну медичну допомогу пацієнтам.

Впровадження телемедичного консультування в практичну діяльність відбувається досить швидкими темпами і вважається економічно ефективним у багатьох країнах, зокрема там, де великі території та складний рельєф, приміром, у Бразилії, Аргентині, США, Японії та ін.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини», теледіагностика – це проведення діагностичних процедур із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій для обміну інформацією, що включає в тому числі передавання зображень, результатів аналізів, інших обстежень, даних з медичного обладнання та будь-яких документів, що стосуються здоров'я [256].

Телереабілітація – комплекс реабілітаційних, асистувальних заходів і навчальних програм, що надаються пацієнтам дистанційно за допомогою телекомунікаційних та комп'ютерних технологій, зазвичай на амбулаторному етапі лікування. Це передбачає самостійне виконання пацієнтом програми відновного лікування під дистанційним контролем лікаря. Мета телемедичної реабілітації полягає в швидкій соціальній і трудовій адаптації, максимально можливому відновленні функцій і навичок самообслуговування й праці. Основні переваги телереабілітації полягають у зменшенні кількості перевезень пацієнтів, підвищенні доступності спеціалізованої допомоги, забезпеченні стабільності та якості медичних послуг в умовах кадрових проблем [257, с. 82]. Ще однією складовою телемедицини є телеметрія, яка являє собою сукупність технологій та засобів, що дають змогу проводити дистанційне вимірювання показників стану здоров'я пацієнта, а також обробку та передачу інформації, даних про такі показники, телекерування як технологія дистанційного управління медичними маніпуляторами.

Медична допомога із застосуванням телемедицини забезпечується ЗОЗ шляхом обміну медичною інформацією з використанням електронних засобів дистанційного зв'язку та може здійснюватися в кількох формах:

- у режимі реального часу, тобто синхронного консультування, яке вимагає одночасної присутності лікаря і пацієнта;

- у режимі відкладеного консультування, або асинхронного, що включає передачу медичних та діагностичних даних лікарю для оцінки в автономному режимі з наданням подальших рекомендацій щодо лікування;

- у режимі віддаленого моніторингу, призначеного для спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями, яким вже встановлено діагноз і призначено лікування, що передбачає отримання інформації про стан здоров'я пацієнта та контроль фізіологічних параметрів шляхом дистанційного вимірювання, збору і передавання даних про активність та показники організму пацієнта за допомогою програмно-апаратних комплексів.

На сьогодні в Україні стабільно функціонують потужні телемедичні проекти. До них належать платформа для нейросенсорної та ментальної реабілітації, програми для віддаленого моніторингу стану плода, а також телемедична система Health HomeDoctor, яка надає можливість цілодобово спостерігати за пацієнтом дистанційно.

Таким чином, впровадження телемедицини в Україні як складової eHealth та сучасного ефективного методу надання медичної допомоги пов'язує пацієнта із лікарем, коли особистий візит не можливий, забезпечує можливість дистанційного передавання діагностичних даних від пацієнтів до медичних фахівців, а також віддалений доступ до таких даних, надає можливість пацієнтам консультуватися, отримувати інформацію про стан свого здоров'я, лікування, медичну або реабілітаційну допомогу.

Окремою складовою діджиталізації, на якій варто зосередити увагу, є створення єдиного медичного простору як збалансованої системи охорони здоров'я, що ґрунтується на основі впровадження передового світового досвіду, спрямованого на оптимальне використання сил і засобів, і яка спроможна виконувати завдання за призначенням у мирний та воєнний час [258, с. 37]. Формування єдиного медичного простору надасть можливість запровадити однакові принципи організації медичної допомоги, що забезпечить рівний доступ до медичних послуг [259, с. 153]. Ключовим фактором реалізації цього процесу є розвиток цифровізації, яка забезпечить безперешкодне передавання інформації

між різними провайдерами, що важливо як для надання медичної та реабілітаційної допомоги, так і для прийняття адміністративних рішень.

Таким чином, цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я спрямована на формування дієвого механізму eHealth, зокрема забезпечення роботи функціоналу ЕСОЗ, через яку реалізується низка пацієнтських послуг: електронні декларації; електронні направлення; електронні рецепти; медичні висновки; послуга «-Малюток тощо. До напрямків публічного адміністрування в окресленій сфері слід віднести: електронний документообіг (електронний рецепт, електронне направлення); надання медичної допомоги з використанням інформаційно-комунікаційних технологій (телемедицина); побудову єдиного медичного простору. Концепція eHealth не лише спрямована на підвищення ефективності публічного адміністрування в окресленій сфері, але й оптимізує використання ресурсів, забезпечує доступність медичної допомоги та якість її надання, посилює поінформованість населення щодо профілактики, медичної допомоги та реабілітації.

Провівши аналіз застосування діджиталізації у сфері охорони здоров'я, можемо визначити ряд переваг та недоліків, що потребують удосконалення на нормативно-правовому рівні. Досить цікавою є позиція науковців, які вважають, що важко, з огляду на воєнний стан, оцінити думки лікарів та пацієнтів стосовно застосування цифрових послуг у сфері охорони здоров'я, оскільки воєнні дії та масове залишення громадянами країни не дають можливості провести опитування та сформувати об'єктивні висновки. Однак дослідники зазначають, що цифровізація є унікальним явищем, хоча існують і певні загрози, приміром, кібератаки. Попри те, можливість отримання електронного направлення, онлайн-запис до лікаря, отримання онлайн-консультації є доступними та реальними, що свідчить про чіткі позитивні риси діджиталізації у сфері охорони здоров'я [260, с. 359].

На нашу думку, серед перспектив варто визначити те, що запровадження цифрових технологій у сферу охорони здоров'я відкриває інноваційні можливості для майбутнього завдяки орієнтованому на пацієнта обслуговуванню. ЕСОЗ значно

полегшує та пришвидшує надання медичної допомоги хворому, оскільки містить усю необхідну інформацію щодо анамнезу життя пацієнта (перенесені захворювання, оперативні втручання, призначені ліки, алергічні реакції тощо), анамнез захворювання, інструментальні та лабораторні методи обстеження, а отже, немає потреби вимагати від пацієнта паперової документації.

Серед ризиків можемо виділити низький рівень цифрової компетентності працівників та електронної конфіденційності, що потребує законодавчого врегулювання, недостатню якість роботи як самої ЕСОЗ, так і медичної інформаційної системи, яка встановлена у ЗОЗ. Варто зауважити, що конфіденційність та безпека медичної інформації мають вирішальне значення, особливо в умовах швидкого технологічного прогресу в Україні, та відповідну можливість порушення прав пацієнта щодо приватності його медичної інформації. Тому важливо, щоб медична інформація була зашифрована так, щоб її могли отримувати лише уповноважені на те особи та щоб простежувався доступ до інформації. Усі ці питання вимагають подальшої регламентації з урахуванням міжнародного досвіду впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сферу охорони здоров'я, за умови ефективного забезпечення та захисту прав особи на охорону здоров'я і її складових.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Практика публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах.

Процеси глобалізації впливають на практику формування не тільки правових систем, але й систем публічного адміністрування. Зазначені зміни зачіпають і сферу охорони здоров'я, що виходить в окремих випадках за межі державних кордонів, особливо в умовах вироблення шляхів боротьби з інфекційними хворобами, впровадження цифровізації тощо. Тому важливим є аналіз досвіду зарубіжних країн, у яких вже сформована досить ефективна система охорони здоров'я, зокрема зосередження уваги на страховій медицині з метою вироблення шляхів для удосконалення системи охорони здоров'я в Україні.

Значна увага приділяється показникам ефективності формування механізмів публічного адміністрування системою охорони здоров'я таких міжнародних інституцій, як ООН, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, ВООЗ, відповідно оцінюємо згідно з цими показниками рівень розвитку різних країн світу в цілому.

Підхід міжнародних експертів до вивчення механізмів публічного адміністрування в системі охорони здоров'я базується на аналізі та порівнянні ефективності трьох компонентів: політичної, економічної і медичної, які відображають політичний та економічний стан країни [261, с. 103]. Експерти оцінюють основні показники та критерії, що дозволяють порівнювати системи охорони здоров'я, зокрема такі як середня тривалість життя, смертність, вартість медичних послуг, рівень доступу до медичних послуг, рівність у доступі до системи охорони здоров'я, якість медичної допомоги тощо.

Україна зіткнулася з реальними проблемами у сфері охорони здоров'я, серед яких COVID-19 та широкомасштабна війна, розв'язана Росією проти України, і це

змушує систему працювати в надскладних умовах. Зазначені фактори призводять до ускладнення соціально-економічної ситуації в країні, на яку також впливають активна міграція населення, що призводить до низького показника народжуваності та збільшення смертності. І, на жаль, останні дані зі звітів Центрального розвідувального управління США про рівень смертності та народжуваності у світі свідчать, що рівень смертності в Україні наразі складає 18,6 на 1000 осіб – це найвищий показник серед усіх країн світу, і наша країна посідає останнє місце за рівнем народжуваності. Основними показниками здоров'я, а отже, ефективної системи охорони здоров'я є народжуваність, смертність (зокрема і дитяча смертність), очікувана тривалість життя; окрім того, важливе значення має також рівень захворюваності, фізичного розвитку тощо.

Провідними країнами за основними показниками здоров'я, на нашу думку, можна вважати Японію, Німеччину та США.

Згідно з даними 2022 року Міністерства охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Японії, середня тривалість життя в Японії складає 84,07 років. Це середнє значення, однак спостерігаються гендерні відмінності з 6-річною різницею в тривалості життя між жінками та чоловіками. У жінок Японії зазначений показник становить 87,09 років, що ставить їх на перше місце серед усіх держав-членів ВООЗ, у чоловіків – 81,05 років [262]. Дитяча смертність у країні одна з найнижчих у світі – 2,8 випадків на 1000 живонароджених (приміром, у Німеччині – 4,0, а в США – 6,3) [263]. ВООЗ офіційно визнала Японію одним зі світових лідерів за якістю надання медичних послуг та орієнтацію медицини на профілактику й реабілітацію, і, як результат, країна має найвищий показник тривалості життя у світі. У Японії система охорони здоров'я ґрунтується на чотирьох рівнях: державному, префектур, центрів здоров'я та місцевих (міських і сільських) органів влади. Їхня діяльність координується Міністерством охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Японії, яке взаємодіє з іншими міністерствами, страховими асоціаціями, приватним сектором, включно з охороною здоров'я галузей промисловості, надавачами послуг, пацієнтами і професійними організаціями, такими як Японська медична асоціація та Японська

асоціація медсестер. У структурі органів місцевого самоврядування створено відділи охорони здоров'я, які відповідають за управління медичними програмами. Префектури та великі муніципалітети створюють центри здоров'я (один на 100 тисяч мешканців), при цьому їх фінансування здійснюється як місцевими, так і національними органами влади. Країна розділена на 47 префектур, у тому числі мегаполіс Токіо. Місцеве управління здійснюється на рівні уряду префектури та муніципальних (міста, міських, сільських) урядів. Губернатори префектур, мери міст та старости сільських громад, а також їх члени обираються місцевими зборами. Повноваження їхні визначаються законом «Про автономію». Профілактичні медичні послуги та послуги соціального забезпечення надаються і фінансуються урядом як державна послуга на національному та місцевому рівнях. Однак медична допомога в основному надається лікарнями, що належать до приватного сектору, хоча національні і деякі органи місцевого самоврядування мають власні ЗОЗ, які фінансуються відповідними урядами [264, с. 23].

Система надання медичної допомоги Японії вирізняється необмеженим доступом, що дозволяє отримувати медичні послуги в будь-якому ЗОЗ та в будь-який час. Пацієнти можуть самостійно обирати частоту їх лікування, незалежно від страховки, статусу або тяжкості захворювання. У деяких випадках пацієнти зобов'язані сплатити додаткові збори в лікарнях третинного рівня, якщо у них немає направлення від первинного чи вторинного ЗОЗ. Цю систему в Японії називають «системою вільного доступу», яка дозволяє отримувати необхідні медичні послуги при хворобах чи травмах за фіксованою ставкою внеску за умови підтвердження страхування [265, с. 58].

У Японії також популярні публічні коментарі: люди мають можливість надавати пропозиції та рекомендації, пов'язані з політикою та стратегіями охорони здоров'я на електронному вебсайті Міністерства охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Японії.

Для Японії притаманне інтенсивне державне регулювання фінансування охорони здоров'я та медичного страхування. Уряд контролює майже всі аспекти системи загального медичного страхування, встановлюючи прайс-листи на

медичні послуги, і субсидіює органи місцевого самоврядування, страхові компанії та постачальників, установлює для них правила. Префектури Японії виконують ці правила та регулюють постачання лікарських засобів, розподілених національним урядом у регіони. Муніципалітети проводять заходи зі зміцнення здоров'я місцевого населення, а також забезпечують його довгострокове страхування на вигідних умовах [266].

Міністерство охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Японії зазначає, що система державного медичного страхування має такі чотири складові: по-перше, усі громадяни охоплені державним медичним страхуванням; по-друге, усі особи можуть вільно обирати ЗОЗ (вільний доступ); по-третє, передова медична допомога надається за низькою ціною; по-четверте, державні кошти інвестуються в підтримку загального охоплення, тоді як система базується на соціальному страхуванні [267].

Участь у державному медичному страхуванні є обов'язковою для всіх, хто проживає в Японії протягом трьох місяців або більше, незалежно від їхнього громадянства. Статтею 25 Конституції Японії регламентовано, що всі люди мають право підтримувати мінімум стандартів повноцінного та культурного життя і що держава докладатиме зусиль для сприяння та розширення соціального добробуту й безпеки, а також охорони здоров'я. Існує три види медичного страхування в Японії: першим керує Товариство медичного страхування, орієнтоване в основному на великі компанії, надається більш ніж 1300 страховими компаніями, які мають право на державні субсидії у випадку фінансових труднощів; другим видом керують асоціації взаємодопомоги та ті, що призначені для державних службовців і не мають права на державні субсидії; третій вид адмініструється Японською асоціацією страхування здоров'я і спрямований на працівників малих і середніх компаній. Незалежно від того, який із трьох видів медичного страхування отримала особа, пакети пільг загалом залишаються незмінними й охоплюють такі послуги, як госпіталізація, амбулаторний прийом, витрати на психіатричне лікування, ліки, що відпускаються за рецептом, догляд на дому та стоматологічний догляд [268].

У Німеччині тривалість життя у чоловіків становить у середньому 78 років, у

жінок – 83 роки. Система охорони здоров'я Німеччини, сформована ще у 1880-х роках, є першою у Європі та вважається однією із найбільш комплексних і добре розвинених у світі. Характерною рисою німецької системи охорони здоров'я є принцип самоуправління. Держава створює правову основу, у рамках якої ключові рішення обговорюються та приймаються за участю суб'єктів охорони здоров'я, таких як медичні страхові компанії, лікарі й лікарні. Федеральна система й співпраця між федеральним урядом та урядами земель також формують систему охорони здоров'я Німеччини.

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, яке формує загальну політику державного медичного страхування. Варто зазначити, що запровадження медичного страхування в Німеччині почалося ще в 1883 році й супроводжувалося визнанням обов'язкового страхування від нещасних випадків (1884) та пенсійних фондів (1889). Страхування на випадок безробіття було впроваджено у 1927 році. На сьогодні система охорони здоров'я цієї країни функціонує в рамках подвійної системи медичного страхування: державної та приватної, – у якій, окрім майже 100 обов'язкових програм медичного страхування, застрахована переважна більшість жителів Німеччини (майже 73 мільйони осіб); існують також приватні програми медичного страхування. Основна увага приділяється питанням рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних медичних послуг. Нормативно-правове регулювання німецької системи охорони здоров'я ґрунтується на Соціальному кодексі, зокрема на його п'ятій книзі, присвяченій державному медичному страхуванню. Федеральним законодавством регламентовано, що відповідальність за планування та управління системою охорони здоров'я покладається на 16 федеральних земель. Кожна із земель повинна забезпечити стабільне фінансування лікарень, гарантувати задоволення суспільних потреб у сфері охорони здоров'я. Німеччина формує свою нормативно-правову базу, враховуючи специфіку кожного регіону, його соціально-економічний розвиток та інші фактори, що є основною причиною варіацій у характері, обмеженнях та методах планування медичних програм у різних регіонах [269].

Очікувана тривалість життя у США складає 80 років, частка літніх людей, 65 років і старших, – до 15,2%. Відсоток дітей і працездатного населення в США вищий, ніж у європейських країнах. Охорона здоров'я населення знаходиться на дуже високому рівні. Система охорони здоров'я США є лідером у галузі наукових досліджень, розробки багатьох ліків та технологій, якими користується весь світ. Окрім того, система охорони здоров'я США не є загальнодоступною системою, це мережа фрагментованих систем та програм, що фінансуються як державним, так і приватним сектором.

За допомогою медичного страхування, яке може надаватися як державними, так і приватними структурами, більшість застрахованих американців отримують покриття завдяки планам приватних страхових компаній, часто через своїх роботодавців. Державні програми, такі як Medicaid та Medicare, забезпечують надання медичних послуг деяким вразливим категоріям населення [270].

Програма державного соціального страхування Medicare є важливим механізмом для забезпечення соціальної рівноваги в суспільстві. Разом з іншими державними соціальними програмами вона виконує роль стабілізатора суспільства, надаючи рівні можливості доступу до медичного обслуговування для різних груп населення. До федеральної програми медичного страхування залучені особи віком від 65 років, деякі молоді люди з обмеженими можливостями та особи із термінальною стадією ниркової недостатності, що потребують діалізу або трансплантації нирки. Medicare включає в себе 3 частини: part A (лікарняне страхування), охоплює стаціонарне перебування в лікарні, догляд у кваліфікованому медсестринському закладі, догляд у госпісі та деяку медичну допомогу вдома; part B (медичне страхування) включає певні послуги лікарів, амбулаторне лікування, медичне приладдя та профілактичні послуги; part C (план переваг) дозволяє особам, які беруть участь у частинах A і B програми, обирати отримання усіх видів медичної допомоги та лікування через одну з доступних медичних організацій за допомогою частини C, яка включає ліки за рецептом, стоматологію, офтальмологію, щорічні медогляди, страхування за межами США і навіть членство в тренажерному залі чи оздоровчому клубі, а також (і, мабуть, це

найважливіше) зменшує 20% доплат та високі франшизи, пов'язані з Original Medicare); part D – покриття ліків, що відпускаються за рецептом, зокрема багатьох рекомендованих щеплень або вакцин [271].

Програма Medicaid виконує важливу роль у перерозподілі доходів у країні, слугуючи інструментом для урівноваження можливостей різних груп населення. Вона підтримує відносну рівновагу у стартових можливостях між штатами з різним економічним потенціалом та розвитком. Програма надає безкоштовні або недорогі медичні послуги малозабезпеченим громадянам, чії доходи нижчі за середні. До цільової аудиторії Medicaid належать члени сімей з дітьми, вагітні жінки, люди похилого віку, сліпі, особи з інвалідністю, а також особи, які страждають на туберкульоз та деякі форми злоякісних новоутворень [272]. Подібно до Medicare, ця програма не покриває всі витрати на лікування. Окрім цих двох федеральних програм, існує також ринок приватного страхування, а також різноманітні місцеві, муніципальні та окружні програми.

Програма Medicaid фінансується як федеральним урядом, так і місцевими органами влади штатів. Федеральний уряд покриває приблизно половину всіх витрат на програму через надходження від загального оподаткування, тоді як решту оплачують штати. Значна частина витрат на медичні послуги в США покривається через добровільне медичне страхування, яке забезпечують роботодавці та уряд. Водночас чимала частка витрат на медичні послуги лягає безпосередньо на громадян. Ці платежі діють як механізм регулювання видатків: якщо працівник сам сплачує частину витрат, він рідше звертається до лікаря. У разі відсутності страхування медична допомога надається лише за повну оплату пацієнтом. Проте деякі особи без страховки можуть скористатися державними лікарнями завдяки різним благодійним програмам [273, с. 38]. У США також існують такі програми медичного страхування: COBRA, яка надає тимчасову страховку людям, що втратили роботу, враховується при цьому причина звільнення; SCHIP призначена для страхування дітей із сімей, які не підпадають під програму Medicaid, але не можуть дозволити собі приватну страховку; PCIP надає окреме страхування для осіб із серйозними захворюваннями, які мають високий страховий ризик [274].

Отже, провівши аналіз систем охорони здоров'я за основними показниками здоров'я на прикладі країн з трьох різних континентів (Японія, Німеччина та США), можемо визначити головну спільну рису – наявність страхової медицини. Незважаючи на високу соціально-економічну стабільність зазначених країн, усе ж має місце брак державних коштів на оплату всіх медичних послуг у повному обсязі, тож для створення ефективної системи охорони здоров'я було запроваджено додаткове фінансування за рахунок страхових внесків. Здійснений аналіз дає змогу зробити висновок, що для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування з урахування соціально-економічних особливостей держави. Запровадження страхової медицини стане пріоритетним напрямком у реформуванні системи охорони здоров'я, оскільки недосконалість фінансових надходжень не лише не покращує якості та доступності медичних послуг, але й призводять до їх регресії. Окрему увагу варто зосередити на запровадженні профілактичної медицини й пропаганді здорового способу життя, що також матиме позитивний вплив на систему охорони здоров'я в цілому і, як наслідок, сприятиме формуванню здорової нації.

3.2 Шляхи вдосконалення правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Реформування системи охорони здоров'я, адаптація законодавства України до законодавства ЄС, цифровізація, застосування новітніх методів дослідження та лікування потребують постійного оновлення законодавства та контролю за його виконанням. Ці процеси спричиняють прийняття великої кількості нормативно-правових актів у зазначеній сфері, що призводить до їх дублювання, колізій та прогалин, а отже потребує вдосконалення. На нашу думку, нагальними потребами, які вимагають першочергового вирішення, є розроблення шляхів удосконалення законодавства та організації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, зокрема не лише забезпечення, а й гарантії реалізації права на якісну та доступну

медичну допомогу, у тому числі й внутрішньо переміщених осіб, військовослужбовців, осіб, що постраждали внаслідок військової агресії тощо.

Пропонуємо такі шляхи вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я:

- регламентація та деталізація організації надання спеціалізованої медичної допомоги в окремому нормативно-правовому акті;

- запровадження інструментів укладення декларації (переукладення, зміни персональних даних у декларації) пацієнта із лікарем загальної практики – сімейним лікарем – із використанням Єдиного державного веб-порталу електронних послуг (далі – Портал Дія);

- створення контролюючого органу при НСЗУ – аудиторського комітету з метою контролю за своєчасним та достовірним введенням інформації з медичної документації ЗОЗ в ЕСОЗ;

- удосконалення комплексу організаційно-правових заходів щодо надання реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану, зокрема розробка Концепції розвитку реабілітаційної допомоги, соціальної адаптації та соціальної підтримки особам, що постраждали внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України;

- завершення побудови єдиного інформаційного медичного простору як одного і напрямків удосконалення цифровізації у сфері охорони здоров'я;

- запровадження страхової медицини (дуальна форма);

- встановлення адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я та внесення змін до законодавства.

Вважаємо за необхідне зупинитися на кожному із запропонованих напрямів удосконалення правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Процес реформування сфери охорони здоров'я розпочався із удосконалення нормативно-правового забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги. Щодо спеціалізованої медичної допомоги, то відповідно до ст. 35-2 Основ законодавства вона представляє собою медичну допомогу, що надається в

амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультацій, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта здійснюється відповідно до медичних показань для надання спеціалізованої медичної допомоги з іншої спеціалізації. Спеціалізована медична допомога надається безоплатно в ЗОЗ, що забезпечують надання такої допомоги і з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення (у межах, визначених договором). Також у законі зазначено, що спеціалізована медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря ЗОЗ, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги. Окрім того, законом регламентовано, що спеціалізовану медичну допомогу можуть надавати науково-педагогічні заклади вищої (післядипломної) освіти, які здійснюють підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я, за умови, що вони мають сертифікат лікаря-спеціаліста та отримали погодження керівника ЗОЗ на надання медичної допомоги пацієнту.

З метою деталізації ст. 35-2 Основ законодавства пропонуємо сформувати та затвердити наказ МОЗ «Про організацію спеціалізованої медичної допомоги», який буде регулювати надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ усіх форм власності та включатиме загальні положення, обсяг спеціалізованої медичної допомоги, організацію і правила її надання, режим і графік роботи, запис на прийом для отримання зазначеної допомоги (офіційні вебсторінки) тощо.

Реалізацією одного з міжнародних стандартів у наданні медичної допомоги стало введення Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що є передумовою виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги [275]. Декларація засвідчує реалізацію права пацієнта на вільний вибір лікаря. У документі зазначено, що пацієнт, який не обрав лікаря та перебуває у

невідкладному стані, має право безоплатно отримати першу медичну допомогу в державних і комунальних ЗОЗ. З огляду на зазначене вище виникає питання: яким чином надаватиметься допомога у випадку відсутності чи призупиненні дії Декларації – у плановому порядку, на платній чи безоплатній основі. Це питання потребує нормативно-правового регулювання. Досить часто в практиці виникають труднощі з укладанням плану лікування та медичного висновку про тимчасову непрацездатність у разі зміни номера телефону чи відсутності реєстраційного номера облікової картки платника податків в ЕСОЗ, що потребує звернення до лікаря загальної практики – сімейного лікаря; це ускладнює взаємодію лікаря й пацієнта, особливо в умовах воєнного стану – через необхідність зміни місця проживання хворого. Тому вважаємо за доцільне запровадження додаткової послуги на Порталі Дія – Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, – у якій пацієнт міг би самостійно змінити облікові дані, скасувати декларацію чи укласти нову. Зазначена послуга надасть можливість скоротити черги, бюрократію та якнайшвидше отримати якісну медичну послугу.

Також в умовах діджиталізації та запровадження ЕСОЗ важливим є створення при НСЗУ аудиторського комітету з метою контролю за своєчасним та достовірним введенням інформації з медичної документації ЗОЗ в ЕСОЗ та здійснення щоквартальної перевірки ЗОЗ аудиторами. Зазначене доповнення надасть можливість своєчасно виявити будь-які нівелювання з боку ЗОЗ у діагностиці та лікуванні пацієнта, дозволить вчасно відреагувати на правопорушення ЗОЗ та забезпечить ефективний контроль НСЗУ за цільовим й ефективним використанням коштів за програмою медичних гарантій шляхом перевірки надавачів медичних послуг.

Ще одним важливим напрямком реформування сфери охорони здоров'я є запровадження страхової медицини, оскільки право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування віднесено Конституцією України до невідчужуваних та непорушних прав громадян України. Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичного персоналу, витрати на розвиток матеріально-технічної бази ЗОЗ та надання медичної допомоги

населенню. Вона ґрунтується на принципах економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств суспільства, гарантії права кожного громадянина на якісну медичну допомогу та обов'язковості внесків від фізичних та юридичних осіб [276, с. 47]. За даними ВООЗ, понад 30 країн Організації економічного співробітництва і розвитку застосовують різні системи страхової медицини, які покривають майже 74% витрат на медичні послуги. В умовах сьогодення та викликів, які постали перед сферою охорони здоров'я, запровадження страхової медицини має надзвичайно важливе значення, оскільки удосконалив систему фінансування цієї галузі.

Слід звернути увагу на відмінність між поняттями «страхова медицина» та «медичне страхування». Страхова медицина охоплює широкий спектр діяльності, включно з підготовкою медичних працівників, наданням медичної допомоги, фінансуванням наукових досліджень і витратами на розвиток матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ. За визначенням Американської академії страхової медицини, страхова медицина є напрямком медичної спеціалізації, де лікарі оцінюють ризики, пов'язані з життям, здоров'ям та інвалідністю індивідуумів у контексті медичного страхування. Страхова медицина забезпечує захист інтересів населення у сфері охорони здоров'я завдяки медичному страхуванню, яке гарантує оплату медичної допомоги у разі настання страхового випадку за рахунок коштів, накопичених страховиком. Страхова медицина ґрунтується на кількох ключових принципах: 1) забезпечення економічного та соціального захисту середніх та малозабезпечених верств населення; 2) гарантія прав кожного громадянина на отримання якісної медичної допомоги; 3) обов'язковість внесків як від громадян, так і від юридичних осіб [277, с. 93].

Складовою страхової медицини є медичне страхування. Законом України «Про страхування», визначено поняття «страхування» як правовідносин щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а

також шкоди, заподіяної юридичній особі, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів страховика, отриманих згідно із законодавством [278]. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» визначає медичне страхування як вид загальнообов'язкового державного соціального страхування. Законом регламентовано такі види послуг: діагностику та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів і виробів медичного призначення; профілактичні й освітні заходи; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання. Проте зазначено, що обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством [279].

Серед науковців існують різні думки щодо дефініції «медичне страхування». С. І. Юрій вважає, що медичне страхування є формою соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я та передбачає відшкодування витрат громадян на медичні послуги. Це система організаційних та фінансових заходів, спрямованих на забезпечення функціонування страхової медицини [280, с. 462]. І. В. Сардинець зазначає, що медичне страхування являє собою форму соціального страхування у випадках захворювання, коли витрати на лікування покриваються за рахунок приватних, громадських або державних джерел. В. Г. Бідний підкреслює, що медичне страхування є формою соціального страхування, яке забезпечує покриття витрат на медичне обслуговування застрахованих осіб страховими товариствами за рахунок спеціальних фондів обов'язкового медичного страхування [281, с. 134]. На основі вищенаведених визначень узагальнюємо: медичне страхування є формою соціального захисту. Поняття «соціальний захист» варто розглядати як систему розподільних відносин, у процесі яких створюються та використовуються суспільні фонди грошових ресурсів для матеріального забезпечення та

обслуговування певних категорій громадян за рахунок частини національного доходу. Медичне страхування забезпечує застрахованим отримання медичної допомоги в разі захворювання, яке може бути фінансоване із внесків на страхування.

Виділяють дві форми страхування: 1) добровільне, яке реалізується через договір між страховиком та страхувальником; 2) обов'язкове, засноване на імперативних засадах. Обов'язкове медичне страхування покриває лише базові невідкладні потреби, а обсяг послуг та умови надання медичної допомоги в межах таких програм є обмеженими. Це обумовлює необхідність існування добровільної форми медичного страхування.

Обов'язкове медичне страхування набуває ознак соціального страхування, оскільки його регулювання визначається державним законодавством і координується державними установами. Страховиком є НСЗУ, яка фінансується урядом. Введення обов'язкового медичного страхування перебуває під контролем держави і має безприбутковий характер. Така організація страхового фонду дозволяє планувати медичну допомогу завдяки стабільним надходженням коштів у страхові фонди. Добровільне медичне страхування посідає важливі позиції на страхових ринках багатьох країн. Це пояснюється тим, що державні або обов'язкові страхові кошти, виділені на розвиток медицини, зараз не достатні для надання медичної допомоги населенню відповідно до сучасних медичних стандартів [282].

На думку І. Є. Януль, впровадження страхової медицини сприятиме підвищенню якості медичних послуг, розвитку медичної інфраструктури та науки, а також збільшенню фінансування ЗОЗ. Це дозволить надати доступ до якісної медичної допомоги навіть тим, хто має мінімальний рівень доходів. Фінансування у сфері охорони здоров'я може бути забезпечене за рахунок обов'язкового та добровільного медичного страхування, коштів населення, цільових накопичувальних фондів громадян та благодійних внесків. Обов'язкове медичне страхування може здійснюватися страховими компаніями, за умови створення для них пільг в оподаткуванні та надання гарантій щодо виконання зобов'язань з обов'язкового медичного страхування [283, с. 89].

В Україні існує низка проблем, які гальмують розвиток медичного страхування. Серед основних можна виділити такі: неефективний розподіл фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я (відсутність системи підготовки фахівців, низька оплата праці та премій); відсутність законодавства, яке б чітко регулювало медичне страхування; різні погляди страховиків, лікарів і чиновників на моделі медичного страхування; недостатня поінформованість населення щодо переваг та недоліків медичного страхування [284].

Стрімке погіршення фінансово-економічного становища країни, обумовлене викликами, які постали перед державою (спочатку пандемія COVID-19, а після збройна агресія Росії проти України), призвело до критичної неспроможності держави забезпечити всі потреби населення на належному рівні у сфері охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів. Тому саме загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування стане ефективним засобом покриття витрат пацієнтів на лікування, діагностику, профілактику та реабілітацію в разі хвороби або нещасного випадку. Прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» убезпечить громадян від ризиків, пов'язаних із надмірними витратами в разі захворювання, а також стане додатковим джерелом фінансування й доповнить систему державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Тобто кошти, закладені в бюджеті на систему охорони здоров'я, будуть використовуватися на програму медичних гарантій, на інші види послуг, зокрема на надання спеціалізованої медичної допомоги; кошти надходитимуть через систему загальнообов'язкового медичного страхування, що забезпечить належне фінансування сфери охорони здоров'я, гарантуватиме доступні медичні послуги, дозволить залучити додаткові ресурси в медичну сферу. Отже, можна стверджувати, що на сьогодні актуальною є необхідність запровадження дуальної системи фінансування медичної галузі.

Варто зосередити окрему увагу на одному із ключових напрямків в удосконаленні законодавства – упорядкування нормативно-правових актів у сфері реабілітаційної допомоги як для цивільних осіб, так і військових, що постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України.

Встановлено, що 20% людей, які пережили травматичні події, страждають на посттравматичний стресовий розлад. Це залежить від особистості (її ресурсів, психічного та фізичного здоров'я), підтримки близьких, а також від характеру самої події. ПТСР може проявлятися в трьох формах: із гострим початком (виникає протягом 30-90 днів), хронічним (понад 90 днів), із відстроченим початком (симптоми проявляються пізніше ніж через 6 місяців), що спостерігається досить рідко. Найбільш вразливими до розвитку ПТСР є люди у віці до 22 років або ж старші 30 років [285]. Дослідження демонструють, що від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної підтримки. Гостра форма ПТСР проявляється у 60-80% тих, хто був свідком загибелі побратимів або цивільних чи бачив тіла загиблих. Молодші військові, віком 18-24 років, особливо вразливі до психічних розладів, особливо якщо в них були симптоми депресії або шкідливі звички. У близько 12-20% військових, які зазнали бойових травм і не звернулися по психологічну допомогу через страх осуду за слабкість, боягузтво, або побоювання за свою військову кар'єру, можуть розвинути симптоми ПТСР [286].

Основні напрямки реабілітації включають: 1) медичну реабілітацію, яка залежно від важкості стану особи є амбулаторною, стаціонарною або санаторною й може включати індивідуальну або групову психотерапевтичну роботу з ветеранами для корекції їхнього стану (метою медичної реабілітації є: відновлення здоров'я, усунення патологічних процесів, попередження ускладнень та рецидивів, відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій, підготовка до побутових та виробничих навантажень і запобігання стійкій втраті працездатності); 2) професійну реабілітацію, яка передбачає навчання та перенавчання (це може включати прийом ветеранів бойових дій на пільгових умовах до навчальних закладів, створення профорієнтаційних консультативних центрів, банку вакансій. Інваліди військової служби – це зазвичай молоді люди, які не можуть отримувати сім'ю лише на пенсію.); 3) допомогу сім'ям ветеранів (фактор сімейного благополуччя позитивно впливає на процес реабілітації в цілому. Спогади, спільне минуле, не відоме рідним та знайомим, зближують учасників бойових дій та викликають почуття єднання.) [287, с. 36].

Варто погодитися з думкою науковців щодо виокремлення трьох напрямків реабілітації, проте вважаємо за необхідне зазначити ще один напрямок, який особливо важливий для військовослужбовців та їх сімей – це юридичний супровід задля забезпечення та відновлення прав як військових так і членів їх сімей та постраждалих цивільних осіб. Реабілітаційні заходи повинні бути зосереджені не лише на покращенні фізичного стану постраждалої особи, а й на подоланні психологічних труднощів, що необхідно для підтримки подальшої реінтеграції в сім'ю та суспільство в цілому.

Державна політика щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я, спрямована на створення умов для дієвої реабілітації, сприяє максимальній інтеграції осіб з обмеженими можливостями у звичайне середовище і забезпечує їхню активну участь у всіх сферах життя суспільства.

Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03 грудня 2020 року введено поняття «реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я», зміст якого повністю відповідає аналогічній дефініції ВООЗ та означає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмежень у повсякденній діяльності у звичайний для них спосіб або стійкого обмеження життєдіяльності внаслідок захворювання, травми, вродженої патології або інших порушень в стані здоров'я. Обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності розглядається як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, зокрема її фізичними, психологічними та іншими чинниками [288].

Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування людини у взаємодії з навколишнім середовищем. Основні принципи реабілітації включають пацієнтоцентричність, цілеспрямованість, своєчасність, послідовність, безперервність та функціональну спрямованість. Важливими є законодавчо прийняті джерела фінансового забезпечення реабілітації у сфері охорони здоров'я, а також кошти державного та місцевих бюджетів, юридичних, фізичних осіб та інші джерела, не заборонені законодавством, що регламентовано ст. 30 зазначеного вище Закону.

У контексті нормативно-правового регулювання реабілітації у сфері охорони здоров'я варто згадати також про Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», дію якого з 01.04.2022 року було також поширено на осіб, яким не встановлена інвалідність, проте які в період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях під час служби, трудової та іншої діяльності, проживання на відповідній території отримали поранення, контузію, каліцтво або захворювання внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, перебуваючи безпосередньо в районах проведення воєнних (бойових) дій та в період здійснення воєнних (бойових) дій або в районах, що піддавалися бомбардуванням, авіаударам та іншим збройним нападам, що може бути підтверджено висновками лікарсько-консультативних комісій ЗОЗ чи рішенням військово-лікарських комісій [289]. Новела законодавства суттєво підвищує захищеність, особливо для військовослужбовців, постраждалих під час збройного конфлікту. До недавнього часу в законодавчому регулюванні реабілітації у сфері охорони здоров'я існувала дещо парадоксальна ситуація: система була орієнтована лише на тих, хто вже має інвалідність. Проте реабілітація потрібна насамперед для запобігання інвалідизації і погіршенню здоров'я [290, с. 7].

Вважаємо за необхідне наголосити на вдосконаленні комплексу організаційно-правових заходів щодо надання реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану. Важливим є посилити питання навчання фахівців з реабілітації у сфері військової медицини, військових психологів, продовжити розвивати систему реабілітаційних центрів, реабілітаційних відділень, впроваджувати телемедицину для безперешкодного обміну досвідом між фахівцями з інших країн, які вже мають певний досвід у зазначеному напрямку, щоб кожна постраждала особа мала можливість відновити якість свого життя. Тому наголошуємо на необхідності розроблення «Концепції розвитку реабілітаційної допомоги, соціальної адаптації та соціальної підтримки особам, що постраждали внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України». Розвиток інфраструктури реабілітаційного маршруту потребує створення реабілітаційних центрів, кабінетів, асистивних технологій, оснащення додатковим обладнанням, створення безбар'єрності для

людей під час відновлення, також держава повинна повністю забезпечувати фінансування програм з протезування військовослужбовців.

Концепція повинна бути спрямована на розробку механізмів надання допомоги особам як із психічними, так і з фізичними травмами. Підготовка медичних кадрів має здійснюватися за єдиною навчальною програмою та із застосуванням сучасних міжнародних протоколів у лікуванні зазначеної групи пацієнтів. Концепція має включати не лише усунення фізичних та психічних наслідків, але й забезпечення подальшого працевлаштування осіб та надання юридичного супроводу військовослужбовцям і їхнім родинам, а також постраждалим цивільним особам.

Черговим напрямком удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я є розробка механізму співпраці у сфері охорони здоров'я з країнами ЄС та створення єдиного інформаційного простору для обміну досвідом й обговорення важких клінічних випадків між провідними лікарями та науковцями.

Важливим є розроблення МОЗ України протоколів надання медичної допомоги населенню на основі європейських рекомендацій, які повинні замінити локальні протоколи та стати єдиним нормативно-правовим актом для усіх ЗОЗ.

Наступним напрямком удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я вважаємо унормування питань адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я. В умовах воєнного стану надзвичайно важливим залишається захист прав лікарів, адже від їхньої роботи залежить здоров'я та життя інших людей, проте не менш важливим залишається і захист прав пацієнтів. У національному законодавстві простежуються значні прогалини в правовому регулюванні відносин між пацієнтом та надавачем медичних послуг. Серед важливих прав пацієнта є його право на інформацію щодо свого здоров'я та ознайомлення зі своєю медичною документацією. У практичній діяльності найчастішими підставами виникнення конфліктів між лікарем та пацієнтом є такі: порушення пацієнтом режиму лікарні, лікарських призначень, несвоєчасне звернення по медичну допомогу, неадекватна поведінка пацієнта та його родичів у період лікування, непрофесійно надана медична допомога, нівелювання під час

призначення лікарських препаратів Національного переліку основних лікарських засобів та ін. Усе це потребує правового врегулювання. Окрім того, варто зазначити, що КК України чітко визначені діяння чи бездіяльність медичних фахівців, що можуть призвести до тяжких наслідків для хворого та навіть до його смерті (зокрема, ст. 139 – Ненадання допомоги хворому медичним працівником, ст. 140 – Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником, ст. 141 – Порушення прав пацієнта тощо). Проте не завжди зазначені дії призводитимуть до тяжких наслідків чи смерті хворого, проте можуть значно погіршити психологічний та фізіологічний стан пацієнта, а чинний КУпАП правопорушень у зазначеній сфері не виділяє.

Чинний КУпАП взагалі має значні недоліки та суперечності, які стосуються як визначення складів відповідних адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я, так і процедури притягнення до адміністративної відповідальності.

У червні 2024 року до Верховної Ради України було подано Проект Кодексу про адміністративні проступки, оскільки ні в кого не викликає сумнівів необхідність зміни чинного КУпАП, що був прийнятий ще в час панування радянської системи регламентації суспільних відносин [291]. Під час його підготовки, як зазначають автори законопроекту, були враховані положення Конвенції, відповідні вимоги Європейського суду з прав людини, Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи. Окремим розділом Проекту Кодексу передбачено адміністративну відповідальність за проступки у сфері праці, охорони здоров'я, моральності, культурної спадщини та благоустрою, розгляд яких віднесено до адміністративних органів у сфері охорони здоров'я. Серед конкретних складів адміністративних проступків запропоновано такі: порушення порядку обігу донорської крові, її компонентів і препаратів (ст. 56); порушення правил обов'язкового медичного огляду та лікування (ст. 57); ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 58); ухилення від медичного обстеження чи лікування особи, хворої на венеричну хворобу (ст. 59); порушення вимог закону у сфері охорони здоров'я (ст. 60); порушення правил здійснення операцій з

лікарськими засобами (ст. 61). Вважаємо, що зазначені склади адміністративних проступків у сфері охорони здоров'я потребують значного доопрацювання: по-перше, не зрозуміло, чим пояснюється поєднання таких родових об'єктів, як відносини у сфері праці, охорони здоров'я, моральності, благоустрою; по-друге, окремі склади мають не визначену диспозицію, що на практиці буде призводити до різного тлумачення та порушувати принцип правової визначеності (приміром, порушення вимог закону у сфері охорони здоров'я чи порушення порядку надання медичної допомоги).

Пропонуємо серед проступків у сфері охорони здоров'я виокремити такі: 1) порушення законної діяльності медичних працівників; 2) публічна образа медичного працівника при наданні медичної допомоги; 3) несвоєчасна та неповно надана інформація пацієнту про стан його здоров'я; 4) проведення лікарських маніпуляцій та процедур лікарем, який не має на те відповідних дозвільних документів; 5) призначення лікарських засобів із зазначенням торговельної назви препарату (а не діючої речовини); 6) призначення лікарських засобів, які не включені до «Національного переліку основних лікарських засобів», без обґрунтування необхідності їх застосування; 7) недостовірно внесені дані в електронну медичну систему; 8) внесення даних в електронну медичну систему на власних електронних носіях, якщо це могло призвести до порушення медичної таємниці. Зрозуміло, що перелік не є вичерпним і, звісно, потребує подальших обговорень та досліджень. Але вважаємо за необхідне гарантувати право на охорону здоров'я та якісну медичну допомогу шляхом встановлення заходів адміністративної відповідальності за проступки, що посягають на правовідносини у сфері охорони здоров'я.

3.3. Оптимізація механізмів професійного кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

Кадрове забезпечення є частиною удосконалення публічного адміністрування та має глобальний характер. Сучасні технології і досягнення в

медицині не зможуть позитивно вплинути на здоров'я населення без належно підготовлених працівників у сфері охорони здоров'я. Якість і своєчасність надання медичної допомоги прямо залежать від наявності кадрів та їхнього професіоналізму. Одним із стратегічних завдань охорони здоров'я є запровадження дієвих інструментів розширення якісних та доступних для населення медичних послуг, формування розгалуженої мережі ЗОЗ та забезпечення кваліфікованими медичними працівниками, що охоплюється позитивними публічними зобов'язаннями, взятими на себе державою.

У сучасних умовах метою державної кадрової політики є формування якісного кадрового потенціалу як важливого інтелектуального та професійного надбання сучасного суспільства. У наукових джерелах існують різні думки щодо визначення поняття «кадрове забезпечення». В енциклопедичному виданні «кадрове забезпечення» трактується як специфічний повторюваний процес, що здійснюється у процесі управління і полягає в забезпеченні організацій та установ, а також їх підрозділів, необхідним контингентом працівників, які відповідають визначеним вимогам, що включає надання інформації про них, впровадження науково обґрунтованих методів відбору, розстановки, навчання, виховання й стимулювання кадрів, а також правового регулювання трудової діяльності та надання правового захисту працівникам [292, с. 179]. О. А. Грішнова та Є. Р. Жорова наголошують на тому, що належна увага до кадрового забезпечення є ключовою передумовою для переходу на якісно новий рівень управління, і рекомендують вітчизняним підприємствам не просто формально, а більш ретельно ставитися до соціальної та кадрової політики [293, с. 193-198]. В. В. Кавецький вважає, що в умовах технічної революції стає актуальною проблема зменшення попиту на некваліфіковану робочу силу і збільшення – на кваліфіковану. Це стосується працівників, здатних опанувати нові знання та навички. Автор наголошує на важливості дослідження управління персоналом, кадрового забезпечення, а також ролі та місця людини в умовах сучасного виробництва [294, с. 53]. Отже, під кадровим забезпеченням пропонуємо розуміти комплекс заходів, спрямованих на укомплектування закладу або установи висококваліфікованими

працівниками, які відповідають усім вимогам, на організацію їх праці, правового захисту та безперервного підвищення професійного рівня з метою надання якісних та професійних послуг.

Реалізація ефективного кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я є ключовим елементом реформування медичної сфери. Важливе значення мають наявність персоналу, його кваліфікація та розподіл, умови роботи, рівень заробітної плати, соціальний захист, а також матеріально-технічне й технологічне забезпечення трудового процесу, що обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. Міжнародні експерти також підкреслюють, що для мінімізації ризиків на шляху до досягнення національних та глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно сформувати контингент кваліфікованих, мотивованих й авторитетних працівників у цій галузі [295, с. 4].

Проблема кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я є нагальною для всіх країн світу. Серед причин її появи виокремлюють такі: зміни демографічних та епідеміологічних характеристик, зокрема старіння населення, вплив новітніх методів діагностики та лікування, а також зростання мобільності й міграції населення; невідповідність сучасним потребам системи охорони здоров'я; наявні традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами; суттєва неоднорідність у географічному розподілі та професійній структурі медичних працівників; відсутність належної системи планування та прогнозування потреб у кадрах; недосконалість та ненадійність інформаційної та дослідної бази щодо кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я [296].

Не є винятком і наша держава, де, як і в інших країнах світу, спостерігається негативна тенденція щодо кадрового забезпечення. Це обумовлено таким: скорочення чисельності медичних працівників, включно як із лікарями, так і середнім медичним персоналом; неукомплектованість посад; значне старіння кадрового потенціалу; диспропорція в кадровому забезпеченні між різними регіонами країни, а також міською й сільською місцевостями; незадовільний стан з кадровим забезпеченням управлінського персоналу у сфері охорони здоров'я, що переважно пов'язаний з рівнем їхньої підготовки [297]. Ще одним негативним

фактором, який впливає на кадрове забезпечення, можна визначити недостатній рівень мотивації медичних працівників, що обумовлено низьким рівнем заробітних плат та премій, які не відповідають складності роботи та емоційного напруження. Також важливою проблемою в Україні є фахова підготовка лікаря, яка не відповідає європейським вимогам, що призводить до низької конкурентоспроможності випускників. Ще одним негативним фактором для нашої країни залишається збільшення кількості кваліфікованих медичних кадрів, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно за кордон виїжджає понад 6 тис. медичних працівників).

Кожна країна має унікальну систему охорони здоров'я, яка включає чітко регламентовані методики управління цією системою. Це підкреслює важливість визначення спільних організаційних завдань для забезпечення ефективного управління якістю медичних послуг. Цікавою є думка дослідниці Т. П. Юрочко, до якої ми приєднуємося, яка визначила основні складові кадрової політики у сфері охорони здоров'я, серед яких: удосконалення нормативно-правової бази, методів та інструментів кадрової політики, що ґрунтуються на найкращих міжнародних практиках, зокрема розробка державної стратегії кадрового забезпечення у цій сфері; створення надійних та достовірних баз даних для аналізу та планування кадрових ресурсів; оптимізація планування, чисельності та структури кадрів, що включає перегляд і вдосконалення нормативно-правових актів, а також номенклатури спеціальностей і посад у сфері охорони здоров'я; підвищення якості підготовки та безпосереднього професійного розвитку кадрів разом із переглядом кваліфікаційних вимог до посад і спеціальностей, що також є критично важливими аспектами; створення національної (регіональної) обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я для координації ефективної кадрової політики на різних рівнях [298, с. 197].

Попри критичне навантаження на сферу охорони здоров'я, зумовлене значним руйнуванням об'єктів ЗОЗ, міграцією серед населення та медичних працівників, реформування триває. Розроблена Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, спрямована на визначення важливих проблем

здоров'я населення та формування рішень для розв'язання нагальних проблем у сфері охорони здоров'я, а також забезпечення рівного доступу населення до якісних медичних послуг. Досить важливим напрямком, який визначений Стратегією для удосконалення кадрового забезпечення є розробка та впровадження механізмів заохочення і підтримки медичних фахівців, що працюють у сільській, малонаселеній чи важкодоступній місцевості, а також забезпечення державних гарантій оплати праці медичних працівників у сфері охорони здоров'я.

Питання фахової підготовки працівників охорони здоров'я регулюються законодавством України у сфері вищої освіти, а саме: Законом України «Про вищу освіту», який визначає основні правові, організаційні, фінансові засади функціонування системи вищої освіти, та наказами МОЗ – «Про затвердження положення про інтернатуру» від 22.06.2021 № 1254, «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я» від 29.03.2002 № 117, «Про державне замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів у 2024 році» від 29.07.2024 № 1329, «Про затвердження Графіків проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступенів вищої освіти магістр, бакалавр, ступеня фахової передвищої освіти та ліцензійних інтегрованих іспитів для лікарів (фармацевтів/провізорів)-інтернів галузі знань «22 Охорона здоров'я» у 2025 році» від 08.08.2024 № 1399 та іншими.

З метою стимулювання лікарів підвищувати свій професійний рівень протягом усього життя, а не лише напередодні атестації МОЗ запровадила систему БПР, поклавши відповідальність за створення необхідних умов, виділення коштів на навчання і вдосконалення кадрів на роботодавців [299]. Запровадження БПР повністю змінило вимоги до атестації медичних працівників – з її тимчасового (перед атестацією) характеру на постійний та обов'язковий. У межах відповідальності та завдань керівника ЗОЗ з'явився контроль та постійний моніторинг проходження цього процесу медичними працівниками. Варто зазначити, що у 2019 році БПР мав рекомендаційний характер. Обов'язкова вимога набрати 50 балів була лише для лікарів, які мали атестуватися у 2019 році. При

цьому не було вимоги звітувати про облік балів. З 01 січня 2020 року новий порядок щодо БПР став обов'язковим для 100% лікарів України. Щорічна перевірка особистого портфолію з балами БПР розпочалася у 2021 році. Виняток становили лише лікарі, які перебувають у декретній відпустці, відпустці по догляду за дитиною, які могли не дотримуватися оновлених вимог БПР. На сьогодні для атестації необхідно подати щонайменше 100 балів БПР, отриманих у 2020, 2021 роках, та щонайменше 50 балів БПР, отриманих у 2022, 2023 роках.

Отже, запровадження БПР є одним із чинників євроінтеграції української медичної освіти, який сприяє постійному оновленню знань, вмінь та навичок медичного працівника, формує креативну та ерудовану особистість, спеціаліста, який спроможний вчасно приймати надскладні рішення щодо діагностики та застосування новітніх методів лікування і профілактики, використовуючи систему сучасних стандартів та протоколів надання медичної допомоги.

Окрему увагу варто зосередити на проекті Закону «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні» від 25.12.2023 року № 10372, яким запропоновано правове регулювання медичної та фармацевтичної діяльності в Україні через визначення системи, засад, гарантій, принципів професійного самоврядування медичних професій та повноважень органів професійного самоврядування медичних професій в Україні. Відповідно до проекту Закону, запропоновано створити п'ять палат – організацій професійного самоврядування, які будуть мати статус самоврядних організацій, зокрема: Палату лікарів сімейної медицини, Палату лікарів-спеціалістів, Палату стоматологів, Палату сестер медичних/братів медичних та Палату фармацевтів. Палата є неприбутковою юридичною особою та організовує свою діяльність на принципах самоврядування. У складі Палат передбачено утворення: Загальних зборів представників медичних та фармацевтичних професій; Вищої Ради Палати; Вищої наукової Ради Палати; Етичної комісії Палати; Ревізійної комісії Палати; інших органів, утворених на підставі Статутів кожної Палати чи інших актів. У документі зазначено, що питання допуску до медичної професії регулюватиметься через впровадження свідоцтва про право на провадження діяльності у сфері охорони здоров'я.

Свідоцтво формуватиметься автоматично з Реєстру людських ресурсів сфери охорони здоров'я, створення якого регламентоване також проектом Закону. Забороняється провадження медичної і фармацевтичної діяльності без відповідного свідоцтва, а також у разі його зупинення чи припинення дії. Рішення про надання права здійснювати медичну та фармацевтичну діяльність приймається організацією професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій на підставі поданих документів про освіту. Медична та фармацевтична діяльність може бути тимчасово зупинена на підставі таких факторів: особистої заяви члена; прийняття відповідного рішення організацією професійного самоврядування медичних і фармацевтичних спільнот у випадках, визначених Законом; визначення особи за рішенням суду недієздатною або обмежено дієздатною; набрання законної сили вироком суду за вчинення злочину, за який передбачено покарання у вигляді права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю, позбавлення волі; прострочення сплати професійного збору не менше ніж на два місяці та не більше ніж на 12 місяців; визнання судом особи безвісно відсутньою або ухвалення судом рішення про оголошення її померлою. Підставами припинення членства в організації професійного самоврядування медичних і фармацевтичних професій є такі: прийняття відповідного рішення організацією професійного самоврядування медичних і фармацевтичних професій, визначених Законом, прострочення сплати професійного збору більше ніж на 12 місяців та смерті особи. Окрім того, визначено вимоги до обсягів щорічної участі представників медичних та фармацевтичних професій у заходах безперервного професійного розвитку із внесенням відомостей в Реєстр людських ресурсів охорони здоров'я.

На нашу думку, прийняття зазначеного закону забезпечить професійній спільноті вирішення питання доступу до професії, підвищення кваліфікації, дисциплінарної відповідальності, окрім того, надасть можливість захищати та координувати роботу своїх членів, стимулювати дипломну та післядипломну освіту лікарів, впливати на неї та регулювати кадровий потенціал. Проте окремі аспекти закону суперечать Конституції України. Йдеться про обов'язкову вимогу

до участі в організації, оскільки Конституцією України (ст. 36) визначено, що «ніхто не може бути примушений до вступу в будь-яке об'єднання громадян чи обмежений у правах за належність чи неналежність до політичних партій або громадських організацій». Ще одним недоліком можна визначити фінансування діяльності професійного самоврядування, яке здійснюватиметься за рахунок сплати професійного збору, що стане додатковим фінансовим тягарем для медичного чи фармацевтичного працівника, і це також потребує відповідного доопрацювання. Зрозуміло, що проаналізований проєкт не вирішить усіх проблем кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Потрібні системні рішення, що вимагають додаткового опрацювання та обговорення як з громадськістю, так і з представниками медичної професії.

Науковці розробили різні механізми оптимізації професійного кадрового забезпечення. Так, Т. В. Савіна пропонує такі механізми удосконалення кадрової політики: розробка та впровадження дієвих методів і механізмів для реалізації кадрової політики; створення національного резерву кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я; формування єдиного реєстру медичних працівників; продовження підготовки відповідних фахівців у сфері медицини; активна співпраця з міжнародними організаціями з питань кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я; запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилок чи ризиків, пов'язаних із медичним втручанням, та розробка єдиних стандартів надання медичної допомоги й оцінки їх якості [300, с. 97-98]. На думку С. Г. Бойко, основними напрямками кадрової політики має бути: розробка регіональних програм підготовки медичних працівників для ЗОЗ; внесення змін до системи вузької спеціалізації в інтернатурі після того, як випускники відпрацюють три роки в регіонах з найбільш гострою потребою; впровадження диференційованої оплати праці для медичних працівників, залежно від їхньої кваліфікації, обсягу, якості, складності й ефективності виконуваної роботи та неперервного стажу роботи [301].

З урахуванням зазначеного, підсумовуємо: для оптимізації механізмів кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я необхідно: 1) створити єдину

програму дипломної та післядипломної підготовки фахівців сфери охорони здоров'я на основі міжнародних стандартів; 2) проводити незалежний кваліфікаційний іспит після закінчення інтернатури, який повинен включати як теоретичну, так і практичну частини, із залученням фахівців інших наукових установ та ЗОЗ для забезпечення прозорості й достовірності отриманих знань; 3) оприлюднювати відкриті вакансії на офіційних вебсайтах ЗОЗ та вести постійний моніторинг можливих корупційних ризиків у сфері кадрової політики; 4) забезпечити державне фінансування цільових наукових досліджень у сфері охорони здоров'я; 5) налагодити державне регулювання програм перепідготовки, навчання медичних кадрів протягом життя в контексті підвищення їх кваліфікації відповідно до вимог часу; 6) проводити контроль за працевлаштуванням випускників медичних навчальних закладів усіх рівнів, які навчалися за державним замовленням; 7) здійснювати надання заробітної плати залежно від наданих медичних послуг; 8) відрегулювати надання премій залежно від обсягу навантаження лікаря та складності роботи; 9) запровадити анонімне анкетування серед пацієнтів у ЗОЗ для визначення задоволеності громадян якістю медичних послуг.

Отже, кадрове забезпечення системи охорони здоров'я є критично важливим аспектом у забезпеченні реалізації та захисту права на охорону здоров'я, а в умовах війни належить до питань національної безпеки та стійкості країни. Держава відіграє ключову роль у формуванні кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, забезпечуючи стратегічне планування, фінансування та організацію освітніх програм для підготовки медичних працівників. Особливо важливо під час війни створювати умови для професійного розвитку, адаптації до нових викликів, а також утримання кадрів у системі за допомогою заходів заохочень, матеріального та соціального забезпечення. Це є основою для стабільності системи охорони здоров'я та здатності країни ефективно реагувати на надзвичайні ситуації, тому вважаємо, що вирішення питань кадрового забезпечення належить до одного із напрямків публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення й вирішення наукового завдання, що полягає в отриманні наукових та практичних висновків щодо теоретико-правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, виявленні проблем та перспектив у вказаній сфері, а також наданні обґрунтованих пропозицій і рекомендацій для їх вирішення. У результаті проведеного дослідження зроблено такі висновки.

1. Становлення та розвиток публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я простежується через такі періоди: Київської держави (IX ст. – до XIII ст.); литовсько-польський (XIV ст. – до першої половини XVII ст.); імперський (XVIII – до XIX ст.); радянський (XX ст.); незалежної України (90-ті роки XX ст. – донині). У періоді незалежної України виокремлено три етапи, які відрізняються один від одного власними особливостями правових та організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. До таких етапів належать: з 1990 по 2000 роки – початок розбудови механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, який характеризується формуванням власного законодавства у сфері охорони здоров'я, закріпленням на національному рівні міжнародних гарантій у сфері охорони здоров'я; незмінністю попередніх організаційних засад публічного адміністрування; з 2000 по 2020 роки – започаткування реформування системи охорони здоров'я, якому притаманні кардинальні зміни в публічному адміністрування у сфері охорони здоров'я, що торкнулися як організаційних так і правових засад; новітній період з 2020 року і донині охоплює публічне адміністрування в умовах реальних викликів та загроз, характеризується продовженням реформ у сфері охорони здоров'я, але з урахуванням потреб системи охорони здоров'я в умовах безпекових викликів.

2. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я – це сукупність організаційних та правових засобів управлінської й сервісної діяльності органів публічної влади та інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, що спрямована на виконання низки завдань: забезпечення

реалізації та захисту права на охорону здоров'я; розвиток закладів охорони здоров'я усіх форм власності; здійснення контролю за наданням якісних медичних послуг; гарантування рівних умов отримання медичної допомоги; захист прав пацієнтів та медичних працівників з метою збереження та зміцнення здоров'я населення.

3. За допомогою механізму публічного адміністрування, що складається із взаємопов'язаних між собою елементів, як-то: принципів публічного адміністрування в досліджуваній сфері; об'єкта, яким є система охорони здоров'я; нормативно-правових актів, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я; суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, досягається публічний інтерес у сфері охорони здоров'я – збереження та зміцнення здоров'я населення.

4. Система охорони здоров'я це сукупність органів державної та самоврядної влади, інших суб'єктів публічного адміністрування, підприємств, установ та організацій різних форм власності, окремих громадян, щодо яких і в певних випадках через які держава здійснює заходи, спрямовані на сприяння, відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому.

5. Правове регулювання публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я здійснюється низкою нормативно-правових актів, а саме: Конституцією України, законами України, міжнародними договорами, ратифікованими Верховною Радою України, та підзаконними нормативно-правовими актами. З урахуванням значної кількості нормативних джерел проведена їх класифікація залежно від (1) предмета правового регулювання на ті, що: забезпечують організацію та управління сферою охорони здоров'я; спрямовані на захист прав пацієнтів та медичних працівників; забезпечують сервісну діяльність у сфері охорони здоров'я, зокрема і з застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій; встановлюють відповідальність медичних працівників та порядок відшкодування шкоди, завданої здоров'ю; визначають правила фінансування системи охорони здоров'я; регламентують безпечні умови праці та життєдіяльності; визначають засади здійснення контролю (нагляду) у сфері

охорони здоров'я; та (2) сфери правового регулювання – на ті, що регламентують: фармацевтичну діяльність та аптекарську справу; санітарно-епідеміологічне благополуччя населення та захист від інфекційних хвороб; донорство крові та трансплантацію органів; репродуктивне здоров'я та репродуктивні технології; забезпечення права на охорону здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану; попередження і боротьбу із шкідливими звичками; аюрведичну (народну) та нетрадиційну медицину; проведення судово-медичних та психіатричних експертиз; проведення реабілітаційних заходів.

6. Принципами публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я є принципи правового регулювання суспільних відносин в окресленій сфері та принципи правозастосування, на яких засновується управлінська та сервісна діяльність суб'єктів публічного адміністрування. До таких принципів належать: загальні принципи, що притаманні будь-якій сфері публічного адміністрування (верховенства права, законності, додержання прав людини та громадянина, найвищої соціальної цінності людини, співробітництва суспільства та держави у сфері охорони здоров'я, відповідальності держави за стан громадського здоров'я, належного публічного адміністрування, офіційності, пропорційності тощо); спеціальні принципи, які характерні саме для сфери охорони здоров'я (вільного вибору лікаря, безбар'єрності та доступності медичних послуг, професійної автономії лікаря тощо).

7. Система суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я представлена сукупністю взаємопов'язаних між собою органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів, наділених публічно-владними повноваженнями, взаємодія яких сприяє ефективній роботі системи охорони здоров'я, забезпечує відновлення чи підтримку здоров'я конкретного індивіда та здоров'я населення в цілому. Вони поділяються залежно від виду компетенції на органи: загальної компетенції (КМУ, місцеві державні адміністрації); галузевої компетенції (МОЗ, НСЗУ); функціональної компетенції (Держлікслужба, Держпродспоживслужба, їхні територіальні органи); та спеціальної, тобто органи, які мають лише окремі (відомчі) повноваження у сфері охорони здоров'я (МВС,

Міністерство оборони України). Ефективність діяльності суб'єктів публічного адміністрування, крім іншого, забезпечується через залучення до розроблення та прийняття рішень консультативно-дорадчих органів та міжнародних інституцій.

8. Державний контроль у сфері охорони здоров'я – це діяльність органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, врегульована нормами законодавства про охорону здоров'я, державними та міжнародними стандартами, спрямована на перевірку дотримання вимог чинного законодавства з метою забезпечення якісної, висококваліфікованої та своєчасної медичної допомоги, зокрема психіатричної; санітарно-епідеміологічного благополуччя населення; безпечних умов праці працівників, зокрема підлітків; якості і безпеки лікарських засобів; обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; дотримання ліцензійних умов медичної практики, а також банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Головним органом, що має контрольні повноваження щодо більшості об'єктів системи охорони здоров'я, є МОЗ. Крім того, контроль у сфері охорони здоров'я здійснюється Держлікслужбою, Держпродспоживслужбою, правоохоронними та митними органами, органами місцевого самоврядування, органами управління освітою, закладами освіти.

9. Громадський контроль у сфері охорони здоров'я передбачає діяльність громадськості, спрямовану на забезпечення законності та прозорості в роботі державних органів, органів місцевого самоврядування і системи охорони здоров'я взагалі, що виражається у виконанні завдань, пов'язаних із захистом законних прав та інтересів людей, а також їх фундаментальних свобод і поваги до них. Законодавчо регламентованими формами громадського контролю є наглядові ради, опікунські ради, професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я та громадські слухання з питань охорони здоров'я.

10. Головною спільною рисою систем охорони здоров'я провідних зарубіжних країн за основними показниками здоров'я (Японія, Німеччина та США) є наявність страхової медицини. Подібний досвід має бути запроваджений в

українську систему охорони здоров'я. Для цього необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування, з урахування соціально-економічних особливостей держави, запровадити профілактичну медицину та пропагувати здоровий спосіб життя.

11. Важливим є розроблення в розділі «Послуги» в застосунку «Дія» чи на Єдиному державному вебпорталі електронних послуг інструментів для укладання декларації пацієнта із лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

12. Цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я спрямована на формування та функціонування eHealth, складовими якої є електронна система охорони здоров'я, eКров, e-Stock, MedData, електронна система забезпечення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я, Єдина державна інформаційна система трансплантації органів та тканин, інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб», електронна система епідеміологічного нагляду. До напрямків цифровізації публічного адміністрування в окресленій сфері належать електронний документообіг (електронний рецепт, електронне направлення), надання медичної допомоги з використанням інформаційно-комунікаційних технологій (телемедицина), побудова єдиного медичного простору.

13. Реформування публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я має розпочинатися з розробки та прийняття нормативно-правових актів щодо: (1) організації надання спеціалізованої медичної допомоги; (2) встановлення адміністративної відповідальності за адміністративні проступки в частині порушення законної діяльності медичних працівників; публічної образи медичного працівника при наданні медичної допомоги; несвоєчасного та неповного надання інформації пацієнту про стан його здоров'я; проведення лікарських маніпуляцій та процедур лікарем, який не має на те відповідних дозвільних документів; (3) удосконалення комплексу організаційно-правових заходів з надання реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану.

14. Удосконалення організаційних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я передбачає створення контролюючого органу при Національній

службі здоров'я України – аудиторського комітету, метою діяльності якого є своєчасне та достовірне введення інформації з медичної документації в електронну медичну систему.

15. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я є критично важливим аспектом у забезпеченні реалізації та захисту права на охорону здоров'я, а в умовах війни належить до питань національної безпеки та стійкості країни. Для оптимізації механізмів кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я необхідно: 1) створити єдину програму дипломної та післядипломної підготовки фахівців сфери охорони здоров'я на основі міжнародних стандартів; 2) проводити незалежний кваліфікаційний іспит після закінчення інтернатури, який повинен включати як теоретичну, так і практичну частини, із залученням фахівців інших наукових установ та ЗОЗ для забезпечення прозорості й достовірності отриманих знань; 3) оприлюднювати відкриті вакансії на офіційних вебсайтах ЗОЗ та вести постійний моніторинг можливих корупційних ризиків у сфері кадрової політики; 4) забезпечити державне фінансування цільових наукових досліджень у сфері охорони здоров'я; 5) налагодити державне регулювання програм перепідготовки, навчання медичних кадрів протягом життя в контексті підвищення їх кваліфікації відповідно до вимог часу; 6) проводити контроль за працевлаштуванням випускників медичних навчальних закладів усіх рівнів, які навчалися за державним замовленням; 7) здійснювати надання заробітної плати залежно від наданих медичних послуг; 8) відрегулювати надання премій залежно від обсягу навантаження лікаря та складності роботи; 9) запровадити анонімне анкетування серед пацієнтів у ЗОЗ для визначення задоволеності громадян якістю медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сятиня М. Л. Історія фармації / відповід. ред. О. П. Реєнт. Львів: Вид-во «Місіонер», 2001. 660 с.
2. Захарчук В. В. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні: дис. ... д-ра філ: 081 – Право. Київ, 2021. 244 с.
3. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... к.ю.н. 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с.
4. Стеценко С. Г. Медичне право України: підручник. Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність». Київ, 2008. 507 с.
5. Історія медицини: підруч. / О. М. Голяченко, Я. В. Ганіткевич. Тернопіль: Лілея, 2004. 248 с.
6. Медицина на українських землях в стародавні часи (VI – VII ст.). Медицина України-Русі (IX – XVII ст.) та козаччини. URL: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/u_nurse/lectures_stud/htm.
7. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Одеса, 2019. 215 с.
8. Кравець В. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Польсько-Литовський період. *Адміністративне право і процес*. 2021. №2. С. 100-103.
9. Драч О. О., Борисенко Н. М. Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.): навч. посіб. / Чабаненко Ю. А. Черкаси. 2018. 244 с.
10. Короткий коментар загальної спрямованості норм Статуту 1529 року. Статути Великого князівства Литовського: у 3 т. / за ред. С. В. Ківалова, П. П. Мизиченка, А. Панькова. Одеса, 2002. Т. 1. С. 18-37.
11. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С. Г. Стеценка. Київ: Правова єдність, 2008. 507 с.
12. Бухтіярова І. Г., Кирилович П. М. Історичний розвиток сфери надання медичної допомоги в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020.

№1. С. 146-148.

13. Радиш Я. Ф. Державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти. *Медичне право*. 2008. №2. С. 26-37.

14. Ситенко О. Р., Смірнова Т. М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. №2 (60). С. 15-18.

15. Історія медицини: підруч. / Ступак Ф. Я. НМУ імені О. О. Богомольця. 4-е вид. випр. і доп. Київ, 2020. 176 с.

16. Бондаренко С. В., Котубей В. Ф., Грицько В. В. Система охорони здоров'я в Галичині за часів Австро-Угорської імперії: історико-правові аспекти заснування та організаційні умови. *Медична освіта*. 2022. №3. С. 23-30.

17. Енциклопедія українознавства. Загальна частина (ЕУ-І). Мюнхен, Нью-Йорк, 1949. Т. 3. С. 1155-1156. URL: <http://izbornyk.org.ua>.

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

19. Кульчинський В. С. Історія держави і права України : навч. посіб. Київ: Атіка, 2006. 352 с.

20. Усенко И. Первая кодификация законодательства Украинской ССР. Київ. Наук. думка, 1989. 120 с.

21. Сборник действующего законодательства по медико-санитарному и аптечному делу в УССР. Харьков, 1926. 650 с.

22. Влодек О. Історія охорони здоров'я України. Міністерство охорони здоров'я України. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/mtbr_healthserviceshistory.

23. О Народном Комиссариате Здравоохранения (постановление). Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского правительства Украины за 1919. Киев: Т-во «Печатная С. П. Яковлева», Золотоворотская, №11. 1919. 580 с.

24. Робак І. Ю., Демочко Г. Л. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919-1934 рр.). Харків. Колегіум, 2012. 260 с.

25. Корнілова О. В. Медична допомога як вид соціального забезпечення: дис.

... докт. філ.: 081-Право. Одеса, 2021. 245 с.

26. Каракаш Д. З історії розвитку охорони здоров'я в Харківській губернії – Харківської області. Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я в Україні. Київ, 1957. С. 140-181.

27. Ціборовський О. М. Радянська система охорони здоров'я України в умовах переходу до нової економічної політики. *Здоров'я нації*. 2009. № 1-2. С. 176-185.

28. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2013. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>.

29. Устимчук О. В. Комунікація в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти: дис. ...к. наук: 25.00.01 – теорія та історія державного управління. Дніпро, 2020. 244 с.

30. Бразілович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. №2. С. 134-140.

31. Конституція України: документ № 254к/96-ВР, редакція від 30.09.2016, підстава 1401-VIII // *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1996. №30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

32. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992. №2802-XII. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. №4. Ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

33. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, лютий 2016. URL: <http://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf>.

34. Указ Президента України: Концепція розвитку охорони здоров'я населення України від 07.12.2000 №1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>.

35. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 №14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text>.

36. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я

населення: Указ Президента України від 06.12.2005 №1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text>.

37. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

38. Гревцова Р. Ю. Нормативно-правове забезпечення відновлення та розвитку системи охорони здоров'я України: виклики, потреби, перспективи. Гуманітарні стандарти правових систем у сучасному світі: виклики, рішення, тенденції: матеріали Міжнар. наук.-практ. конгресу у 2 ч. Ч. 1 м. Запоріжжя, 16 трав. 2024 р. / за заг. ред. Т.О. Коломoeць. Запоріжжя: ЗНУ, 2024. 255 с. URL: https://www.znu.edu.ua/faculty/law/nauka/2024/_kongresu_chastina_1pdf.

39. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 №2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

40. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2022 № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text>.

41. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: наказ Міністерств охорони здоров'я України від 17.03.2022 № 496. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>.

42. Реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: постанова Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 № 134. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-п#Text>.

43. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Щодо протидії загрозам національній безпеці України у сфері охорони здоров'я в особливий період»: Указ Президента України від 05.12.2024 № 817/2024. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/8172024-53005>.

44. Словник іншомовних слів. За ред. чл.- кор. АН УРСР О. С. Мельничука.

Київ, 1977. с. 560.

45. Босак О. З. Публічне управління як нова модель управління у державному секторі. *Державне управління: теорія та практика*. 2010. №2. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10bozuds.pdf>.

46. Woodrow Wilson. The Study of Administration: political science quarterly. Vol. 2. No. 2 (Jun., 1887). p. 197-222.

47. Frank J. Goodnow. Politics and administration: a study in government/J. Frank. London: Macmillan & Co. Ltd, 1900. 294 p.

48. Сурай І. Г. Адміністрування // Велика українська енциклопедія. URL: <https://vue.gov.ua/>.

49. Нагаєв В. М. Публічне адміністрування: електронний навч. посіб. Харків. ХНАУ, 2018. 278 с.

50. Management [Electronic Resource] / Oxford Dictionaries. URL: <http://oxforddictionaries.com/definition/management>.

51. Енциклопедія державного управління. Львів: ЛРІДУ, НАДУ, 2011. Т8. Публічне урядування / наук.-ред.кол. В. С. Загорський та ін. 712с.

52. Колесникова К. Співвідношення державного управління та публічного адміністрування у процесі суспільної трансформації. Публічне управління: теорія та практика: збірник наукових праць Асоціації докторів наук з державного управління. Вид-во «ДокНаукДержУпр». Спеціальний випуск. Харків, 2013. С. 41-45.

53. Міненко М. А. Трансформація системи державного управління в сучасні моделі регулювання суспільства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. №6, 2013. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=581>.

54. Семенчук Т. Б. Сутність категорії «публічне адміністрування» та передумови її формування. *Вісник економіки транспорту і промисловості* №42, 2013. С.385-390.

55. Бойко І. Роль і значення адміністративної процедури у публічному адмініструванні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Право. Вип. 69. 2022. С. 229-236.

56. Бех В. П. Генезис соціального організму країни: монографія. 2-е вид. Запоріжжя: Просвіта, 2000. 288 с.
57. Амосов О. Моделі публічного адміністрування (архетипова парадигма). *Публічне управління: теорія та практика*. 2013. Спец. вип. С. 6-13.
58. Публічне адміністрування: навч. посіб. О. М. Ястремська, Л. О. Мажник. Харків: ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2015. 132 с.
59. Любохинець Л. С. Предмет і методологічна основа публічного адміністрування. URL: http://dn.tup.km.ua/dn/k_default.aspx?M=k1201&T=01&lng=1&st.
60. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Юридичний вісник*, 2019 (3). С. 63-69.
61. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. «МП Леся». Київ, 2017. 344 с.
62. Публічне адміністрування в Україні: навч. посіб. / [В. Б. Дзюндзюк, О. Б. Коротич, Н. М. Мельтюхова та ін]; за заг. ред. В. В. Корженка, Н. М. Мельтюхової. Харків: Магістр, 2012. 256 с.
63. Сукманова О. В. Елементи адміністративно-правового механізму публічного адміністрування охорони права власності в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. №6. С. 337-339.
64. Дзюндзюк В. Б., Мельтюхова Н. М., Фоміцька Н. В. та ін. Публічне адміністрування в Україні: навч. посібник. Харків. Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2011. 306 с.
65. Ісаєнко І. А. Європейські підходи до функціонування механізмів публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. №5. С. 114-117.
66. Запотоцька О. В. Поняття адміністративно-правового механізму публічного адміністрування у сфері безпечності та якості харчової продукції. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2018. Вип. 33. С. 71-74.
67. Кузьменко Я. П. Право на життя як природне право людини: теоретико-правовий аналіз. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*.

2017. Серія ПРАВО. Випуск 46. Том 1. С. 15-18.

68. Домбровська О. Зміст конституційного права на життя людини та громадянина. *Право України*. 2002. № 5. С. 37-41.

69. Рогова О. Г. Право на життя в системі прав людини: автореф. дис. ...на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук. Харків, 2006. 21 с.

70. Колодій А. М. Права, свободи та обов'язки людини і громадянина в Україні: підручник. Київ, 2008. 352 с.

71. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини) від 04.11.1950 № 995_004. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text.

72. Маркович Х. М. Права і свободи людини в умовах воєнного стану: фокус пріоритетів. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. 2023. Вип. 3. С. 95-99. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/63495/1/287204-Текст%20статті-662830-1-10-20230909.pdf>.

73. Логвиненко Б. О. Право на охорону здоров'я у механізмі реінтеграції тимчасово окупованих територій України. *Дніпропетровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2024. Вип. № 3. С. 115-118. URL: <http://www.chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/621/567>.

74. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06.2014 № 984_011. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

75. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я. від 22.07.1946 № 995_599. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599.

76. Шамич О. М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей із особливими потребами*. 2015. № 11. С. 75-92.

77. Федько О. А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2009. № 4. URL:

<https://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z-76>.

78. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#Text>.

79. Про затвердження плану заходів на 2024—2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.06. 2024 № 572-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-planu-zakhodiv-na-20242026-roky-z-realizatsii-kontseptsii-rozvytku-okhorony-psykhichnoho-zdorovia-v-ukraini-na-period-do-2030-roku-i210624-572>.

80. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-XI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.

81. Public health services. World health Organization. URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>.

82. Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки стратегії. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.

83. Гревцова Р. Ю. Розвиток науково-викладацької діяльності у сфері права охорони здоров'я як запорука формування сучасного українського юриста (досвід Київського національного університету імені Тараса Шевченка). *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки*. 2021. №3 (118). С. 14-20.

84. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 квіт. 2008 р. Львів. С. 277-283.

85. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. ...дис. канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2007. 19 с.

86. Shevchuk O. The Human Right to Security in the implementation of the concept

of the «Right to Health Protection». / Shevchuk O., Matyukhina N., Babaieva O., Dudnikov A., Volianska O. *Juridical Tribune - Tribuna Juridica*. 2021. Volume 11, Issue 3, P. 535 -548.

87. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні: дис. ...канд. юрид. наук: спец. 12.00.01. Львів, 2006. 2015 с.

88. Пунда О. О. Поняття та зміст права на здоров'я. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління і права*. Серія: Цивільне право і процес. 2003. С. 79-84.

89. Гамбург Л. С., Михайленко О. А., Мосаєв Ю. В. Доступна охорона здоров'я в Україні: теоретико-правові питання законодавчої термінології. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. № 3. С. 18-22.

90. Медицина в Україні. Медична біографістика. Вип. 2. Друга пол. XIX ст. Літери А-К. Бібліографічний словник. Вид-во укр. фітосоц. центру, Київ. 2005. 616 с.

91. Швець Ю. Зміст конституційного права особи на охорону здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 8. С. 135-138.

92. Христова Г. Позитивні зобов'язання держави у сфері прав людини як новий напрям досліджень у вітчизняній теоретичній юриспруденції. *Загальні проблеми правової науки*. Вісник № 2 (69). С. 30-41. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/2308/1/Xristova_30.pdf.

93. Дюгі Л. Конституційне право: Загальна теорія держави. Репринт / Передмова Ю. М. Оборотова. Одеса: Юридична література, 2005. 1008 с.

94. Шевчук С. Концепція позитивних обов'язків держави у практиці Європейського суду з прав людини. *Право України*. 2010. № 2. С. 59-60. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/2308/1/Xristova_30.pdf.

95. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. Копенгаген. ЕРБ. ВОЗ. 2008. 86 с.

96. Скакун О. Ф. Теорія держави і права: підручник / пер. з рос. Харків.

Консум, 2001. 656 с.

97. Оніщенко Н. М. Правове регулювання та правовий вплив: поняття, взаємообумовленість та відмінність. *Держава і право*. 2004. Вип. 25. С. 3-8.

98. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави: навч. посіб. 9-е вид., зі змін. Львів: Край, 2007. 188 с.

99. Комзюк А. Т. Заходи адміністративного примусу в правоохоронній діяльності міліції: поняття, види та організаційно-правові питання реалізації: монографія. Харків: Вид-во нац. ун-ту внутр. справ, 2002. 336 с.

100. Загальна теорія права: підручник / за заг. ред. М. І. Козюбри. Київ: Ваіте, 2015. 392 с.

101. Теремецький В. І. Поняття адміністративно-правового регулювання у сфері оподаткування. *Держава та регіони*. Серія «Право». 2012. № 1 (35). С. 50-54.

102. Ярошевська Р. С. Містобудівна діяльність, як об'єкт адміністративно-правового регулювання. *Порівняльно-аналітичне право*. 2015. № 2. 202 с.

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

104. Про правотворчу діяльність: Закон України від 24.08.2023 р. № 3354-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3354-20>.

105. Зима О. Т. Права пацієнта в законі України «Про систему громадського здоров'я». *Юридичний науковий електронний журнал*. 2021. №8. С. 223-227. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2021-8/49>.

106. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40-44, ст. 356. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

107. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 25-26. ст. 131. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

108. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 р. № 8073-X. *Відомості Верховної Ради Української РСР*. 1984. додаток до № 51, ст. 1122. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>.

109. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 № 4651-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2013. № 9-10. № 11-12. № 13. ст. 88. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

110. Кримінально-виконавчий кодекс України від 11.07.2003 № 1129-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2004. № 3-4. ст. 21. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129-15>.

111. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 1971, додаток до № 50, ст. 375. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.

112. Сімейний кодекс України від 10.01.2002 № 2947-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2002. № 21-22, ст. 135. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>.

113. Клименко О. В. Обґрунтування необхідності систематизації законодавчих актів України в сфері охорони здоров'я громадян і розробки Медичного кодексу. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 1. URL: <https://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=679>.

114. Геглюк О. М. Характеристика законодавства у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. № 81 (2). С. 79-89.

115. Смолярова М. Л., Аристархова А. С. Поняття та зміст адаптації законодавства про працю України до законодавства Європейського Союзу. *Право та державне управління*. 2011. № 2. С. 19-22.

116. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України від 18.03.2004 р. № 1629-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15>.

117. Академічний тлумачний словник української мови (1970-1980). URL: <https://sum.in.ua.s.subjekt>.

118. Опришко В. Ф. Загальнотеоретичні та практичні проблеми систематизації законодавства України. *Право України*. 1999. № 12. С. 25-30.

119. Сарibaєва Г. М. Систематизація адміністративного законодавства

України: проблеми визначення. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2016. Вип. 6 (15). С. 135-138.

120. Граціанов А. І. Процес систематизації та уніфікації законодавства і розвиток правової системи України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Київ. 2004. 185 с.

121. Соляр С. П. Систематизація законодавства України у сфері об'єднання громадян. *Вісник Академії правових наук України*. 2012. №1 (68) С. 35-45.

122. Про затвердження Положення про порядок здійснення обліку та систематизації законодавства в органах та установах юстиції України: наказ Міністерства юстиції України від 15.04.2004 № 31/5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v31-5323-04>.

123. Юридична енциклопедія: В 6 т. / Редкол. Ю. С. Шемшученко (відп.ред.) та ін. Київ: Укр. енцикл., 1998-2004. Т. 2: Д-Й. 744 с. Т. 3: К-М. 792 с. Т. 4: Н-П. 720 с. Т. 5: П-С. 736 с. Т. 6: Т-Я. 469 с. URL: <https://leksika.com.ua>.

124. Гетьман Є. А. Кодифікація законодавства України: поняття, особливості, види: автореф. ... канд. юрид. наук. 12.00.01. Харків. 2010. 20 с.

125. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: підручник. 3-тє видання. Київ: Алерта, 2012. 524 с.

126. Пархоменко Н. М. Кодифікація законодавства: теоретико-історичні аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2005. № 3. С. 7-12.

127. Добробог Л. М. Закономірності виникнення, розвитку та функціонування комплексної галузі права, як елемента системи права: дис. ... д-ра юрид. наук: спец. 12.00.01. Харків. 2016. 511 с.

128. Сухонос В. В. Теорія держави і права: навч. посіб. Суми: Вид-во «Університетська книга», 2012. 536 с.

129. Волошин Ю. О., Принцип Ю. О. Юридична енциклопедія: В 6 т. / за ред. Ю. С. Шемшученко (голова ред. кол.) та ін. Київ: Вид-во «Українська енциклопедія» імені М. П. Бажана, 1998-2004. Т. 5: 2003. 1020 с.

130. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / [голова ред. В. Т. Бусел]. Київ; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.

131. Новий тлумачний словник української мови / Укл. В. Яременко, О. Сліпушко. у 3-х т. Київ: Аконт, 2006. Т. 2., 926 с.
132. Noah Webster. An American dictionary of the English language. Rulon-Miller Books. URL: <https://www.rulon.com/pages/books/44550/noah-webster/an-american-dictionary-of-the-english-language-containing-the-whole-vocabulary-of-the-first>.
133. Економічна енциклопедія: у 3 т. / редкол.: С. В. Мочерний та ін. Київ: «Академія», 2002. Т. 3. 2002. 952 с.
134. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін.; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ: НАДУ, 2010. 820 с.
135. Велика українська енциклопедія. Тематичний реєстр гасел «Юридичні науки». Укладачі: Бабка В. Л., Шумило М. М.; за ред. д. і н., проф. Киридон А. М. Київ: Державна наукова установа «Енциклопедичне видавництво», 2017. 152 с.
136. Колодій А. М. Принципи права: генеза, поняття, класифікація та реалізація. С. 42-43. URL: <https://dspace.nbu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/63807/08-Kolodiy.pdf?seq%20uence=1>.
137. Уварова О. О. Роль принципів права в процесі правозастосування: дис. ... к.ю.н. спец. 12.00.01. Харків, 2009. 211 с.
138. Погребняк С. П. Основоположні принципи права: автореф. дис. ... д.ю.н. спец. 12.00.01. Харків, 2009. 36 с.
139. Бахновська І. П. Основоположні принципи права як інтегруючий елемент правової системи України: автореф. дис. ... к.ю.н. спец. 12.00.01. Харків. 2011. 19 с.
140. Фулей Т. І. Сучасні загальнолюдські принципи права та проблеми їх впровадження в Україні: автореф. дис. ... к.ю.н. спец. 12.00.01. Львів. 2003. 24 с.
141. Щупаківський Р. В. Загальні принципи права та їх значення для адміністративно-телекомунікаційного права. *Право*, 2019. № 4 (66). С. 123-128.
142. Коваль О. А. Види принципів права України. *Вісник академії адвокатури України*. 2005. № 2. С. 16-25. URL:

https://nbuv.gov.ua/UJRN/vaau_2005_2_4.

143. Грищук О. В. Попов Д. І. Застосування природного права при здійсненні судового угляду: філософсько-правові аспекти: монографія. Хмельницький: Хмельницький університет управління та права, 2014. 320 с.

144. Женевська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації, 1948. URL: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/02/DoG-Ukrainian.pdf>.

145. Міжнародний кодекс медичної етики. Прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації (Лондон, жовтень 1949 р.) з подальшими поправками 1968 р., 1983 № 990_002. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002.

146. Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я від 01.10.1963 № 990_004. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/140460_140460.

147. Декларація про незалежність та професійну свободу лікаря від 30.10.1986. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_326.

148. Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування прийн. 39-ю ВМА, Мадрид, Іспанія від 01.10.1987 № 990_025. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_025.

149. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» від 01.06.1964 № 990_005. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005.

150. У справі за конституційним зверненням громадянина Багінського Артема Олександровича щодо офіційного тлумачення положень частини першої статті 14¹ Кодексу України про адміністративні правопорушення (справа про адміністративну відповідальність у сфері забезпечення безпеки дорожнього руху): Рішення Конституційного Суду від 22.12.2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v023p710-10#Text>.

151. У справі за конституційним поданням правління Пенсійного фонду України щодо офіційного тлумачення положень статті 1, частини першої, другої, третьої статті 95, частини другої статті 96, пунктів 2, 3, 6 статті 116, частини другої

статті 124, частини першої статті 129 Конституції України, пункту 5 частини першої статті 4 Бюджетного кодексу України, пункту 2 частини першої статті 9 Кодексу адміністративного судочинства України в системному зв'язку з окремими положеннями Конституції України: Рішення Конституційного Суду України від 25.01.2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v003p710-12#Text>.

152. Про адміністративну процедуру. Закон України від 17.02.2022 № 2073-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2073-20>.

153. Соловійова О. М. Деякі міркування про принципи адміністративної процедури. *Проблеми законності*. 2023. №163. С. 248-266.

154. Велика українська енциклопедія. URL: <https://vue.gov.ua/%D0%A1%D1%83%D0%B1%E2%80%99%D1%94%D0%BA%D1%82>.

155. Шинкарук В. І., Озадовська Л. В., Поліщук Н. П. Філософський енциклопедичний словник. Київ: Абрис, 2002. 742 с.

156. Загальне адміністративне право: підручник / Гриценко І. С., Мельник Р. С., Пухтецька А. А. та інші. Київ: Юринком Інтер, 2015. 568 с.

157. Хаустова М. Г. Суб'єкт права як елемент правової системи суспільства. *Вісник Академії правових наук України*. 2009. № 3. С. 29-38.

158. Чернов С. І. Текст лекцій з дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів всіх форм навчання за спеціальністю 7.03060101, 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування (за видами економічної діяльності)». Харк. нац. ун-т міськ. Госп-ва ім. О. М. Бекетова. Харків. ХНУМГ, 2014. 97 с.

159. Фролов Ю. М. Суб'єкти адміністративного права: сутність та підстави класифікації. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2012. №25. С. 549-557.

160. Сандул Я. М. До визначення категорії «суб'єкт адміністративного права». *Наше право*. 2014. № 7. С. 99-103.

161. Соболь Є. Формування правової категорії «суб'єкт публічної адміністрації». *Актуальні проблеми правознавства*. 2018. Вип. 4. С. 86-93. URL: https://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr_2018_4_18.

162. Малиновський В. Я. Державне управління: навч. посіб. Вид. 2-ге, доп. та

перероб. Київ: Атіка, 2003. 576 с.

163. Карабін Т. О. Розподіл повноважень публічної адміністрації: монографія. Вид-во «Ражда». Ужгород. 2016. 220 с.

164. Комітет Верховної Ради з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. URL: https://komzdrav.rada.gov.ua/news/dijaln_komit/PIWorkKom/.

165. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Закон України від 23.12.1997 р. № 776/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/776/97-%D0%B2%D1%80>.

166. Про Раду національної безпеки та оборони України: Закон України від 05.03.1998 № 183/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/183/98-вр#Text>.

167. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 жовтня 2024 року «Щодо протидії корупційним та іншим правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів»: Указ Президента України від 22.10.2024 № 732/2024. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/7322024-52569>.

168. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України від 18.08.2021 № 369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>.

169. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18>.

170. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2025 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015>.

171. Про покладання прав та обов'язків Центральної медико-соціальної експертної комісії МОЗ: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.10.2024 № 1809. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1809282-24#n16>.

172. Питання медико-соціальної експертизи: постанова Кабінету Міністрів

України від 03.12.2009 р. №1317. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-п#Text>.

173. Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи: постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-п#Text>.

174. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017>.

175. Коваль А. М., Кузнецова М. Ю., Піддубний О. Ю., Пушкар М. В. Адміністративно-правовий статус Національної служби здоров'я України. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. Серія: «Юридичні науки». 2023. № 6. С. 25-31. URL: <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16881983235612.pdf>.

176. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-п#Text>.

177. Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів: постанова Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 №667. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/667-2015-п#Text>.

178. Про затвердження Положення про Міністерство внутрішніх справ України: постанова Кабінету Міністрів України від 28.10.2015 № 878. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/878-2015-п#Text>.

179. Про затвердження положення про Міністерство оборони України: постанова Кабінету Міністрів України від 26.11.2014 № 671. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-п#Text>.

180. Деякі питання Національної соціальної сервісної служби України: постанова Кабінету Міністрів України від 26.08.2020 № 783. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/783-2020-п#Text>.

181. Деякі питання Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів: постанова Кабінету Міністрів України від 25.06.2020 № 614. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/614-2020-п#Text>.

182. Шевчук Н. В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... к.ю.н. 12.00.07. Київ, 2015. 18 с.

183. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 № 586-XVI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>.

184. Про затвердження рекомендаційних переліків структурних підрозділів обласної, Київської та Севастопольської міської, районної, районної в м. Києві та Севастополі державних адміністрацій: постанова Кабінету Міністрів України від 18.04.2012 № 606. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/606-2012-п#Text>.

185. Міжнародний центр Перспективних досліджень. Суть реформи органів місцевого самоврядування (децентралізації). URL: https://icps.com.ua/assets/uploads/images/files/verstka_decentralizaciya.pdf.

186. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 №280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр#Text>.

187. Про утворення Міжвідомчої координаційної ради при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 22.03.2000 № 536. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/536-2000-п#Text>.

188. Про утворення Офісу координації розвитку електронної охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2022 № 2204. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2204282-22#Text>.

189. Про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України: постанова Кабінету Міністрів України від 07.05.2022 № 539. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-2022-п#Text>.

190. Про затвердження Положення про колегію Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я від 05.12.2003 № 567. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0567282-03#Text>.

191. Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0286-16#Text>.

192. Про затвердження Положення про Громадську раду при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.01.2018 № 74. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0074282-18#Text>.

193. Про утворення Медичної ради при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2020 № 1509. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1509282-20#Text>.

194. Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0287-16#Text>.

195. Про створення координаційної ради з розвитку медсестринства: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2021 № 1794. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1794282-21#Text>.

196. Статут Національної академії медичних наук України, затверджений Загальними зборами Національної академії медичних наук України від 05.04.2016 та зареєстрований Міністерством юстиції України від 27.07.2016 № 2333/5. URL: <https://amnu.gov.ua/statut-namn-ukrayiny/>.

197. Про створення Ради молодих вчених при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2008 № 97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0097282-08#Text>.

198. Про Вчену медичну раду Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.02.2016 № 93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0873282-13#Text>.

199. Хендель Н. В. Організаційно-правові аспекти діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я як координуючої універсальної організації. *Актуальні проблеми політики*. 2019. Вип. 64. С. 145-158.

200. The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency: Recommendation Parliamentary Assembly 1626 (2003). URL: <https://assembly.ucoe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=10566&Language=EN>

201. WMA Council Resolution on Standardization in Medical Practice and Patient Safety. URL: https://www.wma.net/en/30publications/10policies/30council/cr_18/index.html.

202. Офіційний сайт ВООЗ. URL: <https://www.who.int/>.

203. Фонд Білла і Мелінди Гейтс. URL: <https://www.gatesfoundation.org>.

204. Данильян О. Г. Місце і значення соціального контролю у сфері правового виховання. *Проблеми законності*. 2009. № 103. С. 220-225.

205. Гаращук В. М. Контроль та нагляд у державному управлінні: навч. посіб. Харків, ФОЛЮ, 2002. 176 с.

206. Дуліна О., Крупник А. Громадський контроль як складова публічного управління: багаторівневий вимір. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. №3 (84). С. 19-23.

207. Геглюк О. М. Контроль у сфері охорони здоров'я. *Juris Europensis Scientia* 2024. № 4. С. 56-63.

208. Адміністративне право України: підручник / Ю. П. Битяк, В. М. Гаращук, О. В. Дьяченко та ін. Київ: Юрінком. Інтер, 2007. 544 с.

209. Маматова Т. В. Тракткування поняття «державний контроль» у сучасному законодавстві України та його уточнення. *Вісник державної служби України*. 2004. № 1. С. 23-26.

210. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>.

211. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>.

212. Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби: постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 № 348. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348-2017-п#Text>.

213. Про затвердження Положення про Державну службу України з питань праці: постанова Кабінету Міністрів України від 11.02.2015 №96. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/96-2015-п#Text>.

214. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: Закон України від 15.02.1995 №60/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-вр#Text>.

215. Миронюк Р. В., Моргунов О. А. Особливості адміністративної відповідальності у сфері контролю за обігом лікарських засобів. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 2. С. 340-343. URL: http://lsej.org.ua/2_2023/79.pdf.

216. Порядок здійснення державного контролю якості лікарських засобів: постанова Кабінету Міністрів України від 03.02.2010 № 260. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/260-2010-п#Text>.

217. Моргунов О. А., Миронюк Р. В. Окремі аспекти здійснення заходів адміністративного припинення у діяльності державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. *Наукові записки*. Серія: Право. 2023. Вип. 14. С. 75-80.

218. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-ІІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>.

219. Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності: Закон України від 05.04.2007 №877-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-16#Text>.

220. Духовна О. Чи потрібен Україні медичний омбудсмен? (законопроект № 5400). *Юридична газета online*. 2021. № 8 (738). URL: <https://yurgazeta.com/dumka-eksperta/chi-potriben-ukrayini-madichniy-ombudsmen-zakonoproekt-5400.html>.

221. Про громадський контроль: Проект закону України від 14.04.2014 №4697. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=50646.

222. Миронюк Р. В., Кобко Є. В. Оцінка громадськістю ефективності діяльності правоохоронного органу як форма громадського контролю. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. 2024. № 06. С. 618-625;
223. Миронюк Р. В., Віхляєв М. Ю. Поняття, зміст та суб'єкти здійснення громадського контролю за діяльністю судів. *Право і суспільство*. 2023. № 2. Том 1. С. 152-159. URL: http://pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2023/2_2023/part_1/24.pdf.
224. Наливайко Т. В. Громадський контроль в Україні як інститут громадянського суспільства: теоретико-правовий аспект: дис. ... к.ю.н. 12.00.01. Луцьк, 2009. 202 с.
225. Савченко О. В. Співвідношення терміна «громадський контроль» з іншими суміжними правовими категоріями. *Науковий вісник Дніпровського державного університету внутрішніх справ*. 2013. №3. С. 77-83.
226. Семигіна Т. Громадський контроль як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я. *Віче*. 2009. № 19. С. 31-33.
227. Полтораков О. Громадський контроль над «силовими» структурами в Україні: проблеми та перспективи. Національний інститут проблем міжнародної безпеки. 2009. URL: <https://www.niisp.gov.ua/articles/109>.
228. Про наглядову раду закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2023 №1221. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1221-2023-п#Text>.
229. Про самоврядування в сфері охорони здоров'я України: Проект Закону України від 25.12.2023 №10372. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/CardByRn?regNum=10372&conv=9>.
230. Разумей Г. Ю., Разумей М. М. Діджиталізація публічного управління як складник цифрової трансформації України. *Публічне управління та митне адміністрування*. Дніпро. 2020. №2 (25). С. 139-145.
231. Про схвалення Концепції розвитку електронного урядування в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20.09.2017 № 649-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/649-2017-п#Text>.
232. Слово року – 2019. Словник сучасної української мови та сленгу

«Мислово». URL: https://myslovo.com?page_id=4634.

233. Electronic governance («e-governance»): Recommendation Rec (2004) 15 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 15 December 2004 and explanatory memorandum. URL: [https://www.coe.int/t/dgap/democracy/Activities/GGIS/E-governance/Key_documents/Rec\(04\)15_en.pdf](https://www.coe.int/t/dgap/democracy/Activities/GGIS/E-governance/Key_documents/Rec(04)15_en.pdf).

234. A Digital Single Market Strategy for Europe: COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52015dc0192>.

235. Макаренко М. Світова практика трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №17. С. 119-122.

236. Annual European eHealth Survey 2019. URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8m9eBgT7AhVy14sKHf8xDYgQFnoECBIQA&url>.

237. Мохова Ю. Л. Токаренко В. Л. Європейський досвід використання електронних послуг у сфері охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 188-195.

238. Про схвалення Концепції розвитку цифрової економіки та суспільства України на 2018-2020 роки та затвердження плану щодо її реалізації: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2018 № 67-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/67-2018-p#Text>.

239. Положення про Міністерство цифрової трансформації України: постанова Кабінету Міністрів України від 18.09.2019 р. № 856. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2019п#n12>.

240. Цифрова адженда України – 2020. Концептуальні засади. Першочергові сфери, ініціативи, проекти цифровізації України до 2020 року / NITECH office. Грудень 2016. 90 с. URL: <https://ucci.org.ua/uploads/files/58e78ee3c3922.pdf>.

241. Цифрова трансформація охорони здоров'я України. URL:

<https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-2>.

242. Бадіков Т. Виклики цифрової трансформації системи охорони здоров'я України (eHealth). Українська правда. 2020. URL: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5ee39c2943d7d/>.

243. Електронне здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua>.

244. Про створення інформаційно-комунікаційного комплексу системи крові: постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2023 № 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/143-2023-п#Text>.

245. Про реалізацію експериментального проєкту з впровадження та функціонування електронної системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів «e-Stock»: постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2022 № 1483. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1483-2022-п#Text>.

246. Деякі питання функціонування інформаційно-аналітичної системи «MedData»: постанова Кабінету Міністрів України від 19.01.2022 № 36. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/36-2022-п#Text>.

247. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-п#n13>.

248. Про затвердження Порядку функціонування електронної системи забезпечення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2024 № 281. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/z0368-24#Text>.

249. Про затвердження Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин: постанова Кабінету Міністрів України від 23.12.2020 № 1366. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1366-2020-п#Text>.

250. Про функціонування інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб»: постанова Кабінету Міністрів України від 25.07.2022 № 1317. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1031-22#Text>.

251. Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та

епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2020 № 1726. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1332-20#Text>.

252. Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки: Закон України від 09.01.2007 № 537-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/537-16#Text>.

253. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я від 29.09.2021 № 1175-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2021-p#Text>.

254. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>.

255. Порядок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях від 17.09.2022 № 1695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22#Text>.

256. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини: Закон України від 09.08.2023 № 3301-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20#Text>.

257. Зайченко Д. М., Гордієнко О. В. Комп'ютеризація в фізичній терапії та ерготерапії. Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи: зб. наук. матер. VII Всеук. наук. практ.: Ін-т конф. з міжнар. участю від 24.11.2022 р. Полтава. С 81-83.

258. Савицький В. Л., Тодуров І. М., Якимець В. М., та ін. Єдиний медичний простір в реаліях сьогодення. *Здоров'я нації*. 2020. № 4 (62). С. 34-40.

259. Бойко І. В. Єдиний медичний простір у механізмі гарантій права людини на здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2021. № 1. С. 150-153.

260. Булеца С. Б., Менджул М. В., Калько А. І. Цифровізація права на

медичну допомогу: порівняльний аспект. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2024. №1. С. 356-360.

261. Державне управління охорони здоров'я України: генеза і перспективи: монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. 310 с.

262. Japanese life expectancy falls for the 2nd year in a row. July 29, 2023. URL: <https://www.asahi.com/ajw/articles/14968992>.

263. World Health Organization Centre for Health Development. Japan has the highest life expectancy – the World Health Statistics 2017 report. URL: https://extranet.who.int/kobe_centre/en/news/WHS2017report_20170522.

264. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Japan health system review. Health systems in transition. Vol-8, Number-1.

265. Japan Health System Review. Health Systems in Transition. Vol. 8. № 1. 2018. URL: https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf.

266. Шевченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? *Ваше Здоров'я*, 2016. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medytsyna-yaponiyi-derzhava-usomu-golova/>.

267. Ministry of Health Labour and Welfare. Nihon no iryo hokenseido nit suite [The medical insurance system in Japan] (2018). URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000377686.pdf>.

268. Japanese Health Policy. Health and Global Policy Institute, 2019. URL: https://japanhpn.org/wp-content/uploads/2019/10/JHPN_ENG_2019.pdf.

269. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. URL: https://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23.

270. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_revie_wbook_uk.pdf.

271. What's Medicare? An official website of the United States government. URL: <https://www.medicare.gov/>.

272. Find out if you are eligible for Medicaid. An official website of the United States government. URL: <https://www.usa.gov/medicaid-chip-insurance>.

273. Тлуста Г. Ю. Медичне страхування в США: теорія та практика функціонування. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2011. Вип. 126. С. 35-39.

274. Рахуємо чужі гроші: де послуги у сфері охорони здоров'я найдешевші, а де – найдорожчі. *Аптека online*. 09.12.2019 р. № 47 (1218). URL: <https://www.apteka.ua/article/524775>.

275. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>.

276. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. № 12/2019. С. 43-47.

277. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2020. Вип. 27. С. 93-97.

278. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text>.

279. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 №16/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98#Text>.

280. Юрій С. І., Шаварина М. П., Шаманська Н. В. Соціальне страхування: навч. посіб. Київ: Кондор, 2014. 462 с.

281. Бідний В. Г., Орлова Н. М. Медичне страхування. Київ: Задруга, 2012. 134 с.

282. Що таке медичне страхування і як воно працює в Україні. URL: <https://dyvys.info/2020/04/14/shho-take-medychne-strahuvannya-i-yak-vono-pratsyuye-v-ukrayini/>.

283. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні:

Економіка та держава. 2021. № 4. С. 87-91. URL: https://www.economy.in.ua/pdf/4_2021/17.pdf.

284. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні. URL: <https://forum.mnau.edu.ua/index.php?topic=487.0>.

285. Посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://kptcentr.com.ua/poslugi/posttravmatichnij-stresovij-razlad/>.

286. Посттравматичний синдром: прихована загроза. URL: <https://tyzhden.ua/posttravmatychnyj-syndrom-prykhovana-zahroza/>.

287. Логвиненко І. О., Нестерчук Н. Є. Фізична терапія військовослужбовців, учасників бойових дій, безпосередньо взявших участь в операції об'єднаних сил. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини.* Рівне. 2021. №8. С. 34-39.

288. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

289. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>.

290. Реабілітація військовослужбовців в Україні. Загальні проблеми та особливості організації під час воєнного стану. Київ: ВД «Професіонал», 2022. 406 с.

291. Проект Кодексу про адміністративні проступки від 28.06.2024 № 11386. URL: [blob:https://itd.rada.gov.ua/4825316d-0b60-4fa7-891d-63a8f29e9891](https://itd.rada.gov.ua/4825316d-0b60-4fa7-891d-63a8f29e9891).

292. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Т 6: Державна служба /наук.-ред.колегія: С. М. Серьогін, В. М. Сороко та ін. Київ. НАДУ, 2011. 524 с.

293. Грішнова О. А., Жорова Є. Р. Кадрове забезпечення ефективної системи антикризового корпоративного управління. *Економіка та управління підприємствами. Проблеми економіки.* № 1. 2014. С. 193-198.

294. Кавецький В. В. Класифікація компонентів та шляхи підвищення рівня людського капіталу підприємства. *Вісник політехнічного інституту.* 2011. № 1. С. 49-54.

295. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони

здоров'я: аналіт. доп. Київ: НІСД, 2012. 35 с.

296. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. URL: <https://www.who.int/hrh/en>.

297. Волосовець О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. №1 (84). Том 2. С. 20-26.

298. Юрочко Т. П. Підготовка кадрів для сфери охорони здоров'я – пріоритетна складова запровадження змін в охороні здоров'я України. *Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України*, 2017. Матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. За міжнар. участю. Київ. С. 195-198.

299. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>.

300. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. Державне управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 95-98.

301. Бойко С. Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Механізми державного управління. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2018. № 1. URL: https://elzbirn-du.at.ua/2018_1/12.pdf.

ДОДАТКИ

Додаток А

**СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ВІДОМОСТІ
ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ***Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації*

1. Геглюк О. М. Євроінтеграційні вектори реформування системи охорони здоров'я України. *Право і суспільство*. 2022. №3. С.154 – 161.
2. Геглюк О. М. Нормативно-правове забезпечення цифровізації, як пріоритетного напрямку реформування системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права*. 2022. № 96. С. 36 – 43.
3. Геглюк О. М. Характеристика законодавства у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. № 81 (2). С. 79 – 89.
4. Геглюк О. М. Контроль у сфері охорони здоров'я. *Juris Europensis Scientia*. 2024. № 4. С. 56-63.

Наукові праці, у яких засвідчено апробацію дослідження

1. Геглюк О. М. Нормативно-правове забезпечення цифровізації у сфері охорони здоров'я. *Джерела права в наукових юридичних дослідженнях: тези доп. другого аспір. столу за курсом «Форми (джерела) права»* (м. Харків, 17 черв. 2022 р.). Харків, 2022. С. 23-26.
2. Геглюк О. М. Захист інформації в електронній системі охорони здоров'я. *Сектор безпеки України: актуальні питання науки та практики: зб. наук. статей, тез доповідей та повідомлень за матеріалами Х Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Харків, 19-20 трав. 2022 р.). Харків, 2022. С.19-20.
3. Геглюк О. М. Акредитація закладів охорони здоров'я як різновид адміністративної процедури. *Адміністративна процедура: конституційні засади та європейські орієнтири: зб. наук. праць за матеріалами міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Харків, 27 черв. 2022 р.). Харків, 2022. С. 183-187.

4. Геглюк О. М. Принципи права у сфері охорони здоров'я. Інновації та науковий потенціал світу: матеріали III Міжнар. наук. конф. (м. Хмельницький, 10 лист. 2023 р.). Хмельницький, 2023. С. 99-103.

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПРАВОВИХ НАУК УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО БУДІВНИЦТВА
ТА МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ**

61002, м. Харків, вул. Чернишевська, 80; тел. (факс) (057) 700-36-69; ndi_db_ms@ukr.net

АКТ

**впровадження матеріалів дисертаційного дослідження
аспірантки кафедри адміністративного права Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого Геглюк Оксани Миколаївни
на тему: «Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я» в науково-
дослідний процес Науково-дослідного інституту державного будівництва
та місцевого самоврядування Національної академії правових наук
України**

Цим актом засвідчується, що результати наукового дослідження Геглюк Оксани Миколаївни, здійсненого в рамках дисертаційної роботи на тему «Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я», знайшли застосування в поточних наукових дослідженнях Науково-дослідного інституту державного будівництва та місцевого самоврядування Національної академії правових наук України.

Зокрема, наукові здобутки дисертантки були використані в процесі реалізації науково-дослідної роботи «Правове забезпечення адміністративної реформи в умовах розвитку сучасного українського конституціоналізму та цифровізації публічного управління» (І кв. 2022 – IV кв. 2024 р., РК УкрІНТЕІ № 0122U000364) за такими напрямками:

1. У процесі підготовки пропозицій та рекомендацій до проектів нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, а також при обґрунтуванні правових позицій щодо питань правозастосовної діяльності на запити органів державної влади, були враховані концептуальні положення, наукові гіпотези та висновки, сформульовані Геглюк О.М. у дисертаційному дослідженні. Зазначене сприяло вдосконаленню нормативно-правового регулювання широкого спектру питань, що стосуються проблематики публічного адміністрування у галузі охорони здоров'я.

2. Наукові позиції, висновки та рекомендації, обґрунтовані в

дисертаційній роботі, були предметом наукової апробації та фахових дискусій під час низки науково-практичних заходів, організованих та проведених Науково-дослідним інститутом державного будівництва та місцевого самоврядування НАПрН України протягом 2023-2024 років, що сприяло поглибленню теоретичного осмислення проблематики публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та верифікації отриманих результатів дослідження.

3. Теоретичні положення та практичні рекомендації, розроблені в дисертаційному дослідженні Геглюк О.М., були імплементовані в наукову діяльність співробітників Науково-дослідного інституту державного будівництва та місцевого самоврядування НАПрН України. Окремі аспекти дослідження знайшли своє відображення в наукових публікаціях, присвячених актуальним проблемам адміністративно-правового регулювання сфери охорони здоров'я та публічного адміністрування в даній галузі.

4. Наукові здобутки дисертантки були враховані при визначенні перспективних напрямів наукових досліджень Науково-дослідного інституту державного будівництва та місцевого самоврядування НАПрН України. Результати дослідження акцентували актуальність та нагальність подальшого наукового аналізу проблем нормативно-правового забезпечення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в умовах сучасних викликів та реформування системи охорони здоров'я в Україні.

**Директор
Науково-дослідного інституту
державного будівництва та місцевого
самоврядування НАПрН України
доктор юридичних наук, професор,
член-кореспондент НАПрН України**



Світлана СЕРЬОГІНА

АКТ

**впровадження матеріалів дисертаційного дослідження
аспірантки кафедри адміністративного права
Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
Геглюк Оксани Миколаївни на тему: «Публічне адміністрування у сфері
охорони здоров'я» в практичну діяльність КНП ХОР «Обласного медичного
клінічного центру урології і нефрології ім. В. І. Шаповала»**

Цим актом підтверджується, що висновки та пропозиції, сформульовані у дисертаційному дослідженні на здобуття наукового ступеня доктора філософії Геглюк О. М. на тему: «Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я» використовуються в управлінській діяльності КНП ХОР «Обласного медичного клінічного центру урології і нефрології ім. В. І. Шаповала», при здійсненні завдань та функцій стосовно адміністрування закладом охорони здоров'я, що передбачені законодавством України, це стосується висновків та пропозицій стосовно реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я (громадський контроль) та застосування одного із пріоритетних напрямків діджиталізації у сфері охорони здоров'я – телемедицини.

**Генеральний директор
КНП ХОР «ОМКЦУН» ім. В. І. Шаповала
доктор медичних наук, професор**



Владислав ДЕМЧЕНКО